

HELSE OG LIVSSTIL BLANT PASIENTER I ET DPS IDENTIFIKASJON AV RISIKOPASIENTER.

Møyfrid Løvbrekke
Juni 2010



Universitetet
i Stavanger

Masteroppgave i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv
Det samfunnsvitenskapelige fakultet.
Institutt for helsefag

Universitetet i Stavanger

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERGRADSSTUDIUM I
HELSE- OG SOSIALFAG MED FOKUS PÅ BRUKERPERSPEKTIV**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vår 2010

FORFATTER:

Møyfrid Løvbrekke

VEILEDER:

Sverre Nesvåg, antropolog, dr.philos, forskningsleder Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest- KoRFor, Stavanger Universitetssjukehus.

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk: Helse og livsstil blant pasienter i et DPS - Identifikasjon av risikopasienter.

Engelsk: Health and lifestyle among psychiatric patients.

EMNEORD/STIKKORD:

Psykisk lidelse, forebyggende helsearbeid, overvekt, underernæring, fysisk aktivitet, røyking og alkohol.

SIDETALL: 95 + vedlegg

ORD: 23276

STAVANGER ... 25.6.2010.....Møyfrid Løvbrekke.....
DATO/ÅR SIGNATUR

FORORD

Denne masteroppgaven er avslutningen på mitt masterstudium i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektivet ved Universitetet i Stavanger. Med utgangspunkt i Helse Stavanger HF sin visjon ”**Vi skal fremme helse og livskvalitet** ” har jeg valgt å undersøke hvordan helsetilstanden til pasienter med psykiske lidelser er i et utvalgt DPS.

Det er ingen systematikk i å innhente opplysninger om helsetilstanden til pasienter i et DPS, og i denne sammenheng vil jeg rette en spesiell takk til pasientene som stilte opp for å bli intervjuet og svarte på spørsmålene slik at denne studien ble mulig.

Oppgaveskrivingen har vært svært så krevende i lange perioder, men også en spennende prosess ved siden av min jobb. Under denne prosessen var det tider da jeg følte at jeg var på nippet til å gi opp, jeg manglet motivasjon og klarte ikke få frem de gode formuleringene og sammenhengene. Takk til min veileder Sverre Nesvåg for at du på en enkel og folkelig måte inspirerte meg og gav meg troen på at dette ville gå bra. En stor takk til mitt lederteam, gode kollegaer Brit Sofie, Helge, Helene og Bodil som har hjulpet meg med praktiske oppgaver og hjulpet meg framover. Jeg vil også takke min arbeidsgiver, direktør i psykiatrisk divisjon Inger Kari Nerheim, som har støttet meg i disse to årene.

Til slutt, men ikke minst en varm takk til min mann, mine to barn, svigerinner og barnebarn som har støttet og holdt ut med meg i disse to årene.

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Livsstilsfaktorer som usunn kost, fysisk inaktivitet, daglig røyking og skadelig alkoholforbruk er hver for seg risikofaktorer som påvirker både den fysiske og den psykiske helsen til pasienter med psykiske lidelser.

Det har til nå vært lite kjent hvor stor andel av pasienter i norske sykehus som har en risikofull livsstil på et eller flere av disse områdene. Det var begrunnelsen for at det våren 2009 ble gjennomført en kartleggingsundersøkelse ved somatiske avdelinger ved tre sykehus i Helseregion Vest, undersøkelsen Helsedøgnet. En tilsvarende kartlegging er til nå ikke gjennomført blant pasienter i psykiatriske avdelinger.

Metode

En validert kvantitativ metode er brukt for å identifisere forekomsten av pasienter med risikofylt livsstil som daglig røyking, fysisk inaktivitet, overvekt, underernæring og skadelig alkoholforbruk blant pasienter i et DPS. Det er gjennomført frekvensanalyse for hver av helsedeterminantene. Logistisk regresjon er benyttet for å analysere assosiasjoner mellom helsedeterminantene innbyrdes og for variablene alder, kjønn, inneliggende / poliklinisk status og diagnosegrupper. Pasienter med flere risikofaktorer og pasienter uten risikofaktorer ble analysert for de samme variablene.

Resultater

Nesten alle pasientene hadde en eller flere helse-risikofaktorer. Totalt var 70,8 % overvektige, 58,9 % var underernærte, 40,9 % var fysisk inaktive, 42,7 % var daglige røykere, og 2,8 % hadde et skadelig forbruk av alkohol. Det var assosiasjon mellom underernæring og kvinnelig kjønn, og røyking var assosiert med mannlig kjønn. Undersøkelsen viste at det var et stort behov for sekundærforebyggende arbeid blant pasienter med psykiske lidelser i dette DPS.

Konklusjon

Nesten alle pasientene som var inkludert i studien hadde en eller flere helseskadelige risikofaktorer. Undersøkelsen viste et stort behov for en større kartleggings undersøkelse av livsstilen (basert på disse fem helsedeterminantene) blant pasienter med psykiske lidelser i DPS og i sykehus, og nødvendigheten for å utvikle helse og livsstils intervensjoner blant pasienter med psykiske lidelser i dette DPS.

Nøkkelord

Psykisk lidelse, forebyggende helsearbeid, overvekt, underernæring, fysisk aktivitet, røyking, og alkohol.

FORORD.....	ii.
SAMMENDRAG	1
1.0 INNLEDNING	5
1.1 Problemstilling	7
1.2 Avgrensninger	10
1.3 Målet med studien	11
1.4 Bakgrunn for valg av problemstilling	12
2.0 TEORI OG FORSKNING.....	14
2.1 Noen begrepsavklaringer.....	17
2.2 Forebygging av livsstilsrelaterte helseproblem i sykehus.....	22
2.3 Kunnskap om fem helsedeterminanter.....	26
2.3.1 Determinantenes betydning for somatisk helse.....	27
2.4 Fem determinanters betydning for psykisk helse.....	31
2.4.1 Overvekt og psykisk lidelse	32
2.4.2 Underernæring og psykisk lidelse.....	32
2.4.3 Fysisk aktivitet og psykisk lidelse.....	33
2.4.4 Røyking og psykisk lidelse	34
2.4.5 Alkohol og psykisk lidelse	36
2.5 Psykiske lidelsers betydning for livsstilsrelaterte helseproblem.....	37
2.6 Forpliktende sekundærforebyggende arbeid blant pasienter med psykiske lidelser	39
3.0 METODE	40
3.1 Metoden brukt i Helsedøgnet.....	40
3.2 Valg av metode for datainnsamling	42
3.3 Design.....	43
3.3.1 Type undersøkelsesopplegg. Instrumenter og spørreskjema.....	44
3.3.2 Undersøkelsesenheter å forske i eget felt.....	45
3.3.3 Nødvendige tilpasninger av Helsedøgnet.....	46
3.4 Prosedyre.....	48
3.4.1 Informasjon om undersøkelsen	49
3.4.2 Utvalg.....	50
3.4.3 Analyse av data	50
3.4.4 Nødvendige tilpasninger av Helsedøgnet.....	51
3.4.5 Ethiske betraktninger.....	52
3.4.6 Undersøkelsens validitet og reliabilitet.....	54
4.0 PRESENTASJON AV FUNN FRA DPS OG FRA HELSEDØGNET.....	58
4.1 Frafall	59
4.2 Karakteristika ved pasientgruppen	61
4.3 Forekomsten av den enkelte helsedeterminant.....	64
4.4 Assosiasjoner mellom helsedeterminantene og mellom alder, kjønn,	
inneliggende / poliklinikk og diagnose.	70
4.5 Hovedresultatene.....	72
5.0 DISKUSJON. DRØFTING	73
5.1 Frafall og representativt utvalg	76
5.1.2 Kjennetegn ved utvalget.....	77
5.1.3 Forekomsten av den enkelte helsedeterminant.....	79

5.1.4 Assosiasjoner mellom helsedeterminantene innbyrdes og for	
variablene kjønn, alder, diagnose og avdeling.	85
5.2 Behovet og potensialet for sekundærforebyggende arbeid blant	
pasienter med psykiske lidelser.....	86
6.0 KONKLUSJON.....	89
Referanser.....	93
Vedlegg 1 Kartleggingsskjema	
Vedlegg 2 Informasjonsskriv	
Vedlegg 3 REK – godkjenning	
Vedlegg 4 Studieprofil	
Vedlegg 5 Fordeling av antall risikopasienter pr. pasient.....	
Vedlegg 6 Frekvenser og helsedeterminanter	

1.0 INNLEDNING

Kunnskaper om de enkelte sykdommer, diagnostikk og gode behandlingsmetoder har sammen med god intern organisering tradisjonelt vært ansett som viktige faktorer for god kvalitet i helsetjenesten. Et annet viktig forhold med betydning for kvaliteten i helsetjenesten er pasientens egen helse. Pasientens aktuelle helsetilstand og livsstil har en betydelig innvirkning på sykdomsforløp, behandlingsresultat og prognose (Oppedal, Nesvåg, Pedersen, Skjøtskift, Årstad, Ullaland, Pedersen, Vevatne og Tønnesen, 2010).

I St.meld. nr. 16. heter det at ved å forebygge mer og reparere mindre vil helsevesenet høste betydelige gevinster. Videre peker meldingen på det ansvaret sykehuset har for det sekundærforebyggende arbeidet, deriblant å informere om forhold som påvirker helse og sykdomsutvikling (2002-2003).

Det blir hevdet at helsedeterminanter som usunn kost, fysisk inaktivitet, røyking og skadelig alkoholforbruk hver for seg er risikofaktorer som påvirker sykdomsforløp ved både akutte og kroniske sykdommer og er for lite integrert i behandlingen til pasienter i somatiske avdelinger (Oppedal et al., 2010).

Vi besitter i dag kunnskap på det forebyggende arbeidet som ennå ikke er godt nok omsatt i handling, og det er et stort behov for å lære mer om hva som påvirker helseutviklingen og dessuten hvordan slike forhold kan endres. Det legitimerer for hvorfor det er viktig å satse på forskning og fagutvikling innenfor forebyggende helsearbeid (Mæland, 2005).

Det har til nå vært lite kjent hvor stor andel av pasienter i norske sykehus som har en risikofull livsstil på et eller flere av disse helse- og livsstilsområdene. Det var dette som var begrunnelsen for at det våren 2009 ble gjennomført en kartleggingsundersøkelse ved somatiske avdelinger ved tre sykehus i Helseregion Vest *Helsedøgnet* (Oppedal et al., 2010) En tilsvarende kartlegging er til nå ikke gjennomført for pasienter i psykiatriske avdelinger.

Da jeg leste protokollen til Kristian Oppedal og også boka *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis* (2005) av John Gunnar Mæland, ble jeg nysgjerrig på hvordan hans undersøkelse kunne videreføres til pasienter med psykiske lidelser, en pasientgruppe som jeg har jobbet mye med de siste ti årene.

Min lengste erfaring har jeg med de av pasientene som har vært i behandling over tid og som er avhengige av et helhetlig, tverrfaglig og individuelt tilrettelagt behandlingstilbud. Her erfarer jeg at det ikke er noen tradisjon for å rette fokuset på røykevaner, risikofyllt alkoholforbruk, fysisk aktivitet, underernæring og kostholdsvaner for å iverksette intervensjon på det enkelte pasientbehandlingsforløp.

Mange av pasientene har gjentatte re-innleggelser og flere episoder med poliklinisk behandling over mange år. Stimulering av pasientenes ressurser og mestringspotensiale er etter min oppfatning et område som ikke er godt nok vektlagt i behandlingen. Om det er en misforstått omsorg eller tradisjonelt og kulturelt betinget, er ikke noe jeg finner svar på i denne oppgaven. Derimot håper jeg dette prosjektet vil kunne føre til inspirasjon for andre til å utvikle intervensjonsstudier på adferdsendring av helse- og livsstilsområder blant pasienter med psykiske lidelser.

Derimot er dette et arbeid som kan være gjenstand til å styrke pasientene til aktivt å medvirke i behandlingen (Askheim & Starrin, 2007). Mitt humanistiske menneskesyn støtter opp om en forståelse av at mennesket er autonomt og myndig (Eikeland & Heggen, 2007), og videre støtter jeg meg til de styringssignaler som er å finne i en rapport fra Sosial- og helsedirektoratet (2006) *Brukermedvirkning – psykisk helsefelt. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*.

Helse og omsorgsdepartementet har i sitt forslag til St.meld. nr. 47 *Rett person på rett sted - til rett tid*, et mål om å redusere sykelighet og øke egen mestring i befolkningen gjennom mer proaktivt forebyggende arbeid (2008-2010). Denne skal vedtas i april 2010 og legger primært føringer for hvordan kommunene i det fremtidige helsevesen skal ha mer fokus på forebyggingsarbeidet, og peker samtidig på samhandling med spesialisthelsetjenesten som et sentralt virkemiddel for det gode ”sømløse” pasientforløp.

Hva skal vi gjøre mer av, mindre av, begynne med, og hva skal vi slutte med? Dette er utfordringsbildet Stavanger Universitetssjukehus (SUS) står overfor, når de i disse dager skal oppdatere og videreutvikle strategiplanen i Stavanger HF for årene 2010-2020. Planen skal gjenspeile de mål og ambisjoner SUS har frem mot 2020. Videre heter det i planen at utfordringsbilder skal uttrykkes, lokalsykehusfunksjonen skal videreutvikles, og utviklingen av desentralt psykiatritilbud skal fortsette (Helse Vest, 2007).

I dette spennet mellom prioriteringsforskrifter, lovverk, økonomi og samhandling ligger utfordringene for praksisfeltet i å sikre den nødvendige kontinuitet og kvalitet i behandlingen, der pasientene også skal ha en sentral aktiv rolle.

Korfor (2010) har utarbeidet *Strategi og handlingsplan for Stavanger Universitetssjukehus 2010-2012, livsstil og helse*, der er konkrete forslag skissert for å implementere det sekundærforebyggende og tertiærforebyggende arbeidet i sykehus.

1.1 Problemstilling

Som ansvarlig i et DPS har jeg over tid registrert en stadig økning i etterspørselen etter både etter innleggelse i døgnavdelingen og når det gjelder det polikliniske behandlingstilbudet. Jeg ser en økning av pasienter med sammensatte problemer, noe som krever et mer utstrakt samarbeid med både behandlere, miljøpersonalet, primærlegene og kommunehelsetjenesten. Ikke så rent sjelden må vi foreta de nødvendige prioriteringer som omhandler riktig behandling av rett person på rett sted og til riktig tid.

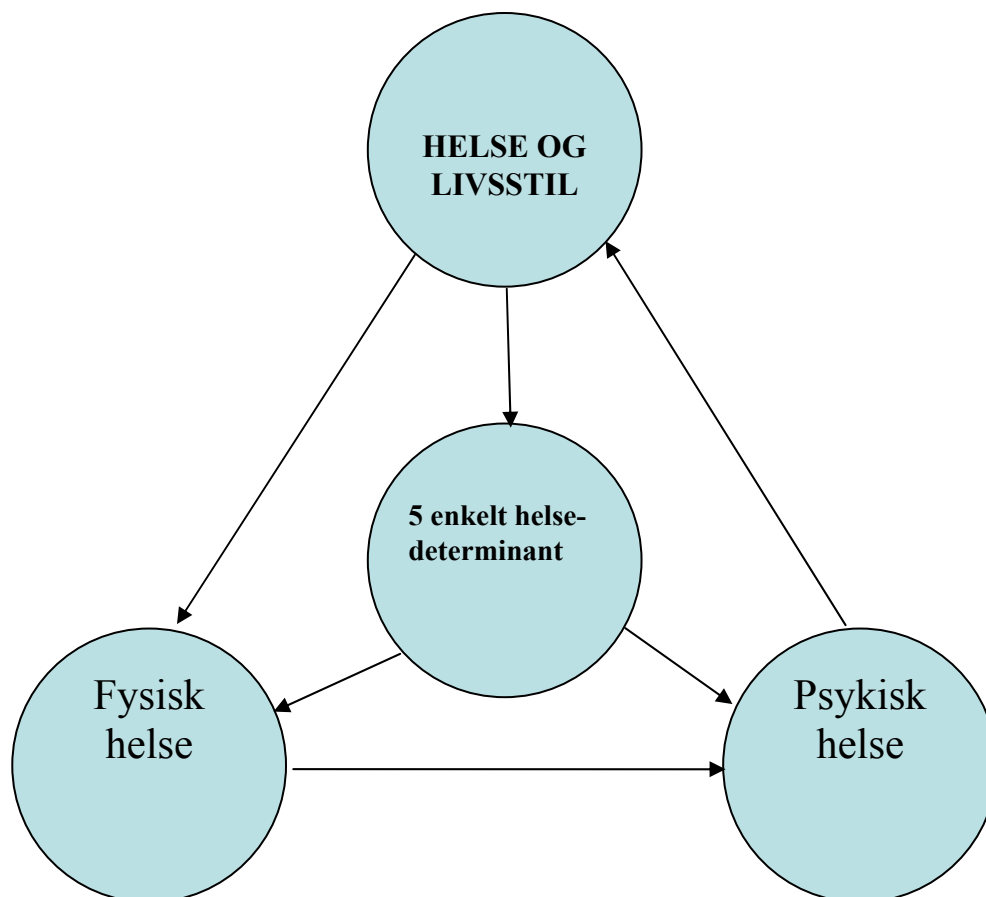
Vi skal på den ene siden sikre den nødvendig kvalitet i det enkelte behandlingsforløp og på den andre siden bistå slik at pasientene kan ta ansvar for egen helse. Vi skal bistå i samfunnsutviklingen for å forebygge psykiske lidelser i et komplekst samfunn med utallige forhold som påvirker utviklingen av helsetilstanden.

Kunnskapen om helse og livsstilsfaktorer og hvilke konsekvenser de har for den fysiske helsetilstanden, har nylig blitt offentliggjort i en Folkehelse rapport (2010). Der refereres det til en gjennomsnittlig kortere levetid for pasienter med psykiske lidelser, og til at denne lidelsen av ulike grunner forverrer prognosen ved mange av de andre folkehelsesykdommene. Det er her nevnt både hjerte-kar-sykdommer og kreft.

Med denne kunnskapen og ved at psykiatrisk divisjon er medlem av helsefremmende sykehus, vekket det min interesse i prosjektet Helsedøgnet (Oppedal et al., 2010). Jeg ble inspirert til å utvikle en lignende tilpasset studie i et DPS for dermed å sette fokus på det sekundærforebyggende arbeidet blant pasienter med psykiske lidelser.

Mitt prosjekt fikk dermed følgende tittel: ***Helse og livsstil blant pasienter i et DPS – Identifikasjon av risikopasienter.***

Dette er en tittel som er veldig generell, og jeg ser derfor nødvendigheten av å utdype og tydeliggjøre innholdet. Den bygger på en erkjennelse av at helse og livsstil er av stor betydning for helsetilstanden til pasientene både om de blir helbredet fra eller om de mestrer sin psykiatriske lidelse. Derfor har jeg utviklet en modell for å fremstille bakgrunnen for min undersøkelse Figur 1: **Helse og livsstil i et DPS:**



Modellen bygger på et omfattende kunnskapsgrunnlag om helsedeterminantenes relevans for både livsstilen og for helsetilstanden i både forebygging og behandling av pasienter med psykiske lidelser i et DPS.

Den skisserer sammenhengen mellom helse og livsstil og fem operasjonaliserte helsedeterminanter og hvordan de påvirker pasientenes fysiske og psykiske helse. Videre hvordan livsstilen kan virke forebyggende, behandlende og skadelig på den psykiske lidelsen, og til slutt, men ikke minst, forhold ved behandlingen av den psykiske lidelsen som kan føre til skadelig livsstil og som igjen påvirker både den fysiske og psykiske helsetilstanden.

Dette er det valgte kunnskapsgrunnlaget og bakgrunnen for det som har blitt oppgavens struktur og innhold.

En kan nok stusse på hvorfor i denne oppgaven det er vektlagt så mye teoretisk kunnskap om helseskadelig livsstil og fysisk helse når det er pasienter med psykiske lidelser vi her skal undersøke. Begrunnelsen ligger i min praktiske erfaring fra et pragmatisk helsevesen hvor den fysiske og den psykiske delen av mennesket behandles nokså separat og uavhengig av hverandre. Det bygger altså på en erkjennelse av et manglende utviklet psykosomatisk helhetlig spesialisthelsetjenestetilbud, et behandlingstilbud med et helhetlig fokus og som vektlegger også den fysiske helsetilstanden i arbeidet blant pasienter med psykisk lidelse.

Derfor ble min valgte problemstilling:

1. Hvordan er forekomsten av risikopasienter i et utvalgt DPS definert ut fra fem helsedeterminanter?
2. Er metoden anvendbar til å bruke blant pasienter i en psykiatrisk setting?

Min undersøkelse er en hypotetisk deduktiv undersøkelse, basert på mine to hypoteser:

Hypotese nr 1: Det er en høy forekomst av pasienter i DPS med risikofylt livsstil.

Hypotese nr 2: Det er ingen tradisjon for å kartlegge livsstilen til pasienter i DPS.

1.2 Avgrensninger

Ulikheter i helse er nylig samlet i en rapport om folkehelsen (2009). Her er de sosioøkonomiske og kulturelle forhold pekt på som viktige og avgjørende for utviklingen av de forskjeller en ser i valg av livsstil og som dermed blir en konsekvens for helsetilstanden til ulike befolkningsgrupper.

Arbeid, boforhold, utdanning, økonomiske forhold, sosiale forhold, søvn og utdanning synes å være viktige forhold for pasienter med psykiske lidelser, og har stor innvirkning på både pasientforløp og på effekten av behandlingen (Mæland, 2005). Da dette er en undersøkelse basert på utvalgte helsedeterminanter brukt i Helsedøgnet, vil disse forhold ikke bli undersøkt, men antas å ha stor innvirkning for helse og livsstilen til pasienter med psykiske lidelser.

I denne sammenheng er min oppmerksomhet rettet mot livsstilsvaner med stor dokumentert innvirkning på vår somatiske og psykiske helse: under- / feilernæring, overvekt, fysisk aktivitet, daglig røyking og alkohol (Oppedal et al., 2010).

Videre er begrepene helse, helseadferd, helsefremmende arbeid, determinant og livsstilsfaktor sentrale begreper valgt brukt i mitt prosjekt, og med den mengde betydninger de kan ha, har jeg i teorikapitlet valgt et eget punkt, se kapittel 2.1, hvor jeg forklarer betydningen jeg legger i disse begrepene. Så lenge livsstilen har en så sentral plass og er et virkemiddel for både den fysiske og psykiske helsetilstanden til personer med psykiske lidelser, både når det gjelder effekten av behandlingen og også aktuelt sett i sammenheng med forebyggingsperspektivet, førte det til at jeg så nødvendigheten av å kunne bruke begrepene helsedeterminant og livsstilsfaktor fleksibelt. Begrepet livsstilsfaktor er det som er her er mest brukt, det fremstår for meg som det beste begrepet sett ut fra min forståelsessammenheng, og er for meg mest dekkende sett i sammenheng med min praktiske erfaring. Siden helsedeterminant er et sentralt begrep i mye av den relevante litteraturen, vil også dette begrepet synes å være en sentral del av oppgaven. Jeg er dermed ikke konsekvent i bruken av bare begrepet livsstilsfaktor eller helsedeterminant, da jeg legger noe av den samme betydningen i begge disse begrepene.

Distriktpsikiatrisk senter har jeg denne oppgaven forkortet til DPS, noe som er en gjenkjennelig og mye brukt forkortelse både blant sentrale myndigheter og blant helsepersonell for øvrig.

1.3 Målet med studien

Den studiens primære mål er å identifisere forekomsten av pasienter med en risikofylt livsstil blant pasienter med psykiske lidelser i et utvalgt DPS. Dette er begrunnet i den manglende tradisjon sykehusene har for å innhente opplysninger om pasientenes livsstil som basale journalopplysninger, og dermed blir heller ikke livsstilsfaktorene noe en integrerer som en del av behandlingstilbudet.

Lignende studier er gjort overfor pasienter med somatiske lidelser i undersøkelsen Helsedøgnet (Oppedal et al., 2010), men ikke meg bekjent blant pasienter med psykiske lidelser. Dermed vil mine funn primært bli holdt opp mot disse funn, da jeg anser det som det mest egnede grunnlaget for sammenligninger og for dermed å finne ut hvordan forekomsten er blant pasienter med psykiske lidelser i et utvalgt DPS.

Denne undersøkelsen vil gi et førsteinntrykk av forekomsten av den helse- og livsstilsrisiko det er blant pasienter med psykiske lidelser i et DPS, sammenlignet med Helsedøgnet. Videre er det sekundære formålet å vurdere om den anvendte metoden er anvendbar og kan anbefales til en mer omfattende undersøkelse blant psykiatriske pasienter i en større setting.

Mine forskningsspørsmål er:

- Kan jeg finne noen likheter eller ulikheter fra undersøkelsen i Helsedøgnet (basert på helse- og livsstilsdeterminanter for overvekt, røyking, underernæring, fysisk aktivitet og alkohol)?
- Kan jeg finne noen likheter / ulikheter mellom antall ekskluderte sammenlignet med Helsedøgnet?
- Kan jeg finne noen sammenheng mellom forekomsten av helsedeterminantene, alder og kjønn sammenlignet med Helsedøgnet?
- Kan jeg finne noen sammenhenger mellom helsedeterminantene og diagnoser?
- Kan jeg finne pasienter som har mer enn en risikofylt livsstilsfaktor?
- Hvilke risikofaktorer er de mest fremtredende?
- Ser jeg noen sammenheng mellom alder, kjønn og diagnoser?
- Er det noen sammenheng mellom forekomsten av helsedeterminanter på poliklinikken og pasienter i døgnbehandling?

1.4 Bakgrunn for valg av problemstilling

”Sekundærforebygging er ikke en implementert del av sykehuspraksisen” (Oppedal et al., 2010). Denne påstanden bygger på den erfaringen de gjorde i undersøkelsen i Helsedøgnet, en tverrsnittsundersøkelse på tre sykehus i Helse Vest. Videre heter det: *”Det er behov for forebyggende helsearbeid på sykehus”*.

Min empiri er basert på kunnskapen om at både røykevaner, alkoholvaner, ernæringsvaner og fysisk inaktivitet er opplysninger som kommer frem altfor sent og kanskje aldri i behandlingsforløpet til pasienter med psykiske lidelser. Systematisk innhenting av disse basale journalopplysningene vil kunne føre til bedre kvalitet og deltakelse i behandlingen. Det ville være helt i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets forslag til Samhandlingsreform i St.meld. nr. 47 (2008-2009).

Nylig har Mykletun og Knutsen i en rapport utført av Folkehelseinstituttet. *Psykiske lidelser i Norge - Et Folkehelseperspektiv* (2009), konstatert at halvparten av den norske befolkningen vil rammes av psykiske lidelser i løpet av livet og ca. en tredjedel i løpet av et år. Angstlidelser, depressive lidelser og alkoholavhengighet / -misbruk er de tre vanligste gruppene psykiske lidelser i den norske befolkningen.

Sykehuset vil her måtte ta en aktiv rolle både i behandlingen og i det forebyggende arbeidet av disse lidelsene, dette for å hindre at sykdommen manifesterer seg og for å minske de påfølgende sykdommene og konsekvenser for funksjon og livskvalitet. (Mæland, 2005). Dette er en sentral del av det sekundære og tertiære forebyggende arbeidet.

Kunnskapen om livsstilsfaktorenes innvirkning på både forebygging og behandling er veldokumentert (Marthinsen, 2004) både i forhold til den fysiske og den psykiske helsetilstanden. Det er en mangelfull systematikk i implementering av denne kunnskapen i sykehus, og også lite forskning på intervensjonsstudier på endring av livsvaner (Mæland, 2005). Det er dette som gjør meg bekymret for helsetilstanden til pasienter med psykiske lidelser både i forhold til deres kostholdsvaner, røykeavhengighet, manglende fysisk aktivitet og deres alkoholvaner.

Ved å øke kunnskapsgrunnlaget til pasientene på området livsstil vil vi kunne gjøre pasientene bedre i stand til å ta ansvar for egen helse og livsstil, noe som igjen vil være til hjelp både for den enkelte pasient og for samfunnsutviklingen og helsetjenestetilbudet for øvrig. Dette er et arbeid som vil kunne sees i sammenheng med utviklingen av brukermedvirkning i praksis og kan derfor knyttes tett opp til utviklingen av helse og sosialt arbeid.

2.0 TEORI OG FORSKNING

Prevalensen av pasienter med risiko for underernæring, overvekt, fysisk inaktivitet, daglig røyking og skadelig alkoholforbruk blant pasienter med psykiske lidelser i et utvalgt DPS, bygger primært på den teorien som ligger til grunn for *”Helse og livsstil blant somatiske pasienter – Identifikasjon av risikopasienter”*. Dette var en undersøkelse på tre sykehus i Helse Vest, hvor andelen av pasienter i somatiske sykehus med risikofylt livsstil basert på fem helsedeterminanter ble kartlagt (Oppedal et al., 2010).

Lignende undersøkelser var på dette tidspunktet ikke gjort i Norge blant pasienter i sykehus, og derfor ei heller blant pasienter med psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten.

Bakgrunnen for denne undersøkelsen var en erkjennelse av at det var manglende tradisjon og systematikk i sykehus for å innhente disse helseopplysningene (Oppedal et al., 2010), noe som igjen fikk konsekvenser for behandlingsforløp og effekten av behandlingen (Mæland, 2005). Det er velkjent at diagnostikk, kurativ behandling og lindrende tiltak har innflytelse på det kliniske utfall. Andre viktige determinanter for behandlingen er den enkelte pasientens helse, psykososiale forhold og komorbiditet (Pelikan, Krajic, Dietscher, 2001).

Pasienter med psykisk lidelse har og en somatisk helse og kan være i helse og livsstilsrisiko helt uavhengig av deres psykiske lidelse. Om risikofylt helse og livsstil fører til psykiske lidelser, om psykiske lidelser fører til livsstilsrelaterte helseproblemer, eller om det er andre kausale sammenhenger, vil ikke denne undersøkelsen gi noe svar på. Derimot bygger denne undersøkelsen på en erkjennelse av at det er mye kunnskap om risikofylt livsstil og at dette kan få store konsekvenser for pasienter med psykisk lidelse.

Denne kunnskapen er ikke godt nok omsatt i sykehuspraksisen, ei heller i DPS, og dette får da konsekvenser for kvaliteten på behandlingsforløpet både når det gjelder forebygging og behandling.

Undersøkelsen vil dermed kunne bistå i en utvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet hvor fokuset er rettet mot mer forebygging og mindre reparering i tråd med St.meld. nr.16 (2002-2003). Et viktig element i å forebygge psykisk helse er å styrke den enkeltes opplevelse av mestring, styrke evnen til å ta vare på seg selv, og ikke minst ta i bruk egne ressurser (Martinsen, 2004).

Helsetjenesten skal tilrettelegge for at pasientene skal ha en opplevelse av mestring, økt selvfølelse og et positivt menneskeverd (St.meld. nr. 16 (2002-2003)). Pasientrollen skal utvikles fra at pasienten er en passiv mottaker av ekspertens hjelp, til å ta i bruk egne ressurser for å gjenvinne helsen (Martinsen, 2004). Myndiggjøring av pasienter er i tråd med den strategi Sosial- og helsedirektoratet har i skissert i veilederen *”Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten”* (2005-2015).

Fremtidens helsevesen må dermed legge mer vekt på brukermedvirkning, selvhjelp, mestring, myndiggjøring (empowerment), pasientinformasjon og helsepedagogikk, noe som bygger på en erkjennelse av at pasienten selv har ressurser som er relevante for å oppnå god hjelp (Ekeland & Heggen, 2007).

Denne undersøkelsen vil ved hjelp av et validert spørreskjema intervju pasienter med psykisk lidelse om fem utvalgte helsedeterminanter. De gis dermed en mulighet til å få en førsteinformasjon om sin helsetilstand og eventuelt risikofylt livsstil. Arbeidet har dermed relevans for det helsefremmende arbeidet i sykehus og vil bety en reorientering av helsetjenesten mot mer forebyggende arbeid. Helsefremmende arbeid bygger på en sosial helsemodell hvor en ser på ressurser for helse, et samfunnsvitenskapelig kunnskapsgrunnlag og en demokratisk styringsmodell (Mæland, 2005).

Helsedøgnet (2009) avdekket at *”det er behov for en mer systematisk kartlegging av helse og livsstilsfaktorer i sykehus til somatisk syke pasienter”* (Oppedal et al., 2010).

Min erfaring etter mange år som både leder og som sykepleier blant pasienter med psykiske lidelser, både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, er at det også blant disse pasientene vil bli avdekket et manglende helsetilbud:

Helse- og omsorgsdepartement har i St.meld. nr.16 (2002-2003) hevdet at:

helse og sunn livsstil er i stor grad et personlig valg, noe som igjen vil føre til utfordringer for både politikere og offentlige helsemyndigheter til å forme en politikk etterfulgt av tiltak som ”hjelper” folk til å treffe helsefremmende valg, og å unngå helsehemmende valg (s. 89).

På den andre siden stiller Per Fugelli seg kritisk til ”den norske helsetrøen” som ekspertene og myndighetene prøver å tvinge oss inn i. I *O- visjonen, Essays om helse og frihet*, utfordrer han helse- og frihetsdimensjonen fordi helsetjenesten selv truer helsefriheten (2003).

Forebyggende helsearbeid kan vel ikke fri seg helt fra denne kritikken, som hevder at risikofokuseringen skaper helseproblemer. Her retter kritikken seg særlig mot det sykdomsforebyggende arbeidet, hvor fokuset er risikofaktorer og behovet for medisinsk kontroll (Mæland, 2005).

På den andre siden vil det være galt ikke å gi slik informasjon. Kunnskap om helse og påvirkningsfaktorer er med på å gi den enkelte økt mulighet til å handle mer rasjonelt. Mye sykdomsfrykt bunner i uvitenhet eller feilaktig kunnskap.

Undersøkelser viser også at norske pasienter og pårørende stort sett er fornøyde med behandlingen de får, men de ønsker mer informasjon. For mange blir dermed uvissheten en større byrde enn de fysiske og psykiske plagene av sykdommen (Mæland, 2005).

Er pasienter med psykisk lidelse mer utsatt for å utvikle en helse- og livsstilsrelatert lidelse gjennom behandlingen, gjennom selve sykdommens art, eller fører risikofylt livsstil til psykisk lidelse?

Uansett hvilke av disse sammenhengene en fokuserer mest på, vil denne undersøkelsen være med på å legitimere det ekstra behovet det er for å innhente disse helserelaterte livsstilsopplysningene fra sykehuspasienter med psykiske lidelser. Videre kan dette arbeidet inspirere til forskning på intervensjonsstudier i adferdsendring av helse og livsstilsvaner blant pasienter med psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten.

2.1 Noen begrepsavklaringer

Begrepene *helse, helserelatert adferd, helsefremmende arbeid, livsstil og determinant* er begrep med en mengde betydninger og veldig sentrale i min masteroppgave. Derfor har jeg valgt å redegjøre kort for hvilken betydning jeg bruker og hvilke teorier jeg støtter meg til.

Helsebegrepet

I 1946 slo WHO fast at helse er mer enn fravær av sykdom og svakhet. Helse ble definert som *fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende*. Denne formuleringen er blitt kritisert for å være utopisk, og WHO har brukt en mer avdempet definisjon i sitt program ”helse for alle innen år 2000”. Der helse beskrives som evnen til å kunne leve et *økonomisk og sosialt produktivt liv* (Lærum, 2005). Lansert av WHO på 1970-tallet for å definere nasjonale mål for folkehelsearbeidet og utvikle strategier for å nå disse målene (Mæland, 2005).

Her er kriteriet om fullkomment *fysisk, psykisk og sosialt* utelatt, og det er ikke tatt med noe om sykdom og avvik. Det går ikke frem om det er individet eller samfunnet når det gjelder å leve et økonomisk og sosialt produktivt liv. Fra 1999 er også en åndelig eller eksistensiell dimensjon blitt inkludert: om livet oppleves meningsfylt (Lærum, 2005).

Vår folkelige forståelse av helse kan herved ikke bare forstås ut fra fravær av skade eller sykdom. Det vil nok kunne oppleves som nødvendig, men ikke som en betingelse for opplevd god livskvalitet. Denne forståelsen bygger på folks utsagn: ”En skal sannelig være frisk for å være syk” eller ”Det handler ikke om hvordan en har det, men hvordan en tar det”.

Helse kan være en viktig forutsetning for å kunne bli helbredet fra eller mestre sykdom og skade (Gjengedal & Hanestad, 2007).

John Gunnar Mæland har i *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis* skissert en generell modell for helsepåvirkning hvor fire hovedgrupper påvirker sykdom (2005, s. 30-31):

1. Gjennom arv og genetiske forhold
2. Adferd og psykologisk væremåte. Ikke bare handlinger og handlingsmønstre (livsstil): personlighetstrekk og mestringsstrategi hører til her.
3. Faktorer knyttet til miljø og omgivelse
4. Faktorer knyttet til behandling, omsorg, pleie og forebyggende tiltak i form av helsetjenester

Disse påvirker vår sykdom, helse og livskvalitet, enten direkte, indirekte eller gjennom samspillseffekter (Mæland, 2005).

Siden denne studien vil rette oppmerksomheten mot den individuelle livsstilens innvirkning på helsen, kan jeg stå i fare for å overse viktige forhold hvor sosioøkonomiske og kulturelle faktorer bidrar til systematiske forskjeller i helsetilstanden. Dette er spesielt viktig for pasienter med psykisk lidelse og er derfor påpekt under avgrensning av problemstillingen.

Helserelatert adferd

Med helserelatert adferd menes den delen av våre handlingsmønstre eller den måten vi lever på, som i vesentlig grad påvirker helse inklusivt utvikling av sykdom og grad av psykisk velvære. Særlig viktig er matvaner, fysisk aktivitet, bruk av tobakk og rusmidler og seksuell adferd (Lærum, 2005).

Helsefremmende arbeid

Det interessante med helsefremmende arbeid er at det kan sees på som et ledd i utviklingen av brukermedvirkning i praksis. Når det helsefremmende arbeidet ikke har fått mer systematisk og sentral plass i behandlingen, som eksempelvis i å identifisere helse- og livsstilsfaktorer, kan vi vel kanskje undre oss på om det er fordi praksisen ikke har utviklet gode nok rutiner når det gjelder brukermedvirkningsperspektivet.

Ottawa-charteret har i sin målsettingsformulering om det helsefremmende arbeidet skissert det som den prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse (Mæland, 2005). For å nå frem til en tilstand av fullstendig fysisk og psykisk og sosialt velvære må individ eller gruppe være i stand til å kunne identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstille sine behov og endre eller mestre sitt miljø.

Videre er det i Ottawa-charteret trukket frem helsetjenestens ansvar for å spille en større rolle i forebygging og helsefremmende arbeid (Mæland, 2005).

Helsefremmende arbeid forutsetter en mer likeverdig samarbeidsrelasjon mellom den som tar initiativ og den som involveres. Empowerment-tilnærmingen er her sentral (vinne større makt og kontroll over), og videre er brukermedvirkningsperspektivet sentralt i denne arbeidsformen.

Askim og Starrinn har i *Empowerment i teori og praksis* hevdet at begrepet uttrykker noe om personer eller grupper som er i en avmaktssituasjon og som skal opparbeide seg styrke og kraft for å komme ut av avmakten, videre bygger det på et humanistisk menneskesyn hvor mennesket sees på som et handlende subjekt og som vil og kan sitt beste viss bare forholdene legges til rette for det (2007).

Den helsefremmende ideologien bygger på at enkeltindividet og fellesskapet må få større kontroll over forhold som påvirker helsen (Mæland, 2005). Dette innebærer en viss ansvarliggjøring og myndiggjøring i forhold til egen helse og velferd (Ekeland & Heggen, 2007). En viktig forutsetning her er at pasientene må være villige til å gjøre noe selv.

Mens det sykdomsforebyggende arbeidet tar utgangspunkt i faglig kunnskap om helse og påvirkningsfaktorer, krever det helsefremmende arbeid først og fremst ferdigheter til å stimulere individuelle og sosiale ferdigheter. Både det sykdomsforebyggende og det helsefremmende arbeidet må vektlegges mer i behandlingen for å få mer effektive og kvalitative behandlingsforløp (Mæland, 2005).

Selv om den kollektive helsen har blitt dramatisk bedre de siste ti årene og det skjer stadige fremskritt innenfor medisinen, viser undersøkelser synkende tilfredshet med liv og helse, og dette er det paradoksale ved helse (Barsky, 1988). Den vitenskapelige utviklingen, medienes formidling og den alminnelige kunnskapssøking avdekker stadig i større grad det vi ikke vet (Mæland, 2005).

Den sykdomsforebyggende logikken er hentet fra Mæland (2005) *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*:

Primær sykdomsforebyggende: Forhindre, eventuelt utsette sykdomsforløp.

Sekundær sykdomsforebyggende: Hindre at sykdommen på ny manifesterer seg eller utvikler seg videre.

Tertiær sykdomsforebyggende: Minske følgene sykdommen får for funksjon og livskvalitet.

Å forebygge sykdom dreier seg om mer enn det å forebygge sykdom, skade og tidlig død.

Forebygging handler også om å fremme folks helse og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagslivet (s.15).

For å lette den språklige fremstilling har jeg valgt å bruke forebygging synonymt med forebyggende helsearbeid, altså en fellesbetegnelse på sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid.

Determinant

Med bakgrunn i at begrepet helsedeterminant er et så sentralt begrep i mitt og Helsedøgnet sitt prosjekt, og ved at det stadig har reist seg en del kritiske spørsmål om innholdet i dette begrepet, synes det naturlig for meg å forklare hvilken betydning jeg vektlegger. Jeg vil knytte begrepet opp imot determinismen slik den beskrives i *Å forklare sosiale fenomener En regresjonsbasert tilnærming*. Der heter det: ”determinismen, dvs., forestillingen om at alt har en årsak og at samme årsak alltid gir samme virkning, under ellers like vilkår” (Skog, 2004, s.27). Det bygger på den empiriske samfunnsforskningen om statistiske sammenhenger av varierende styrke. Dette bidrar til å legitimere denne undersøkelsens kvantitative metode.

Livsstil

Begrepet livsstil (engelsk ”life style”) har ikke noe entydig innhold. Det brukes både i en mer snever forstand til å betegne helserelaterte helsevaner, som bruk av tobakk og rusmidler, spisevaner, fysisk aktivitet m.m., men også som en bredere betegnelse på individet eller verdimesse orientering (Mæland, 2005).

Livsstilen og livsstilsvaner er begreper som utvilsomt brukes noe upresist og jeg vil ved hjelp av handlingsplanen *Livsstil og somatisk helse - strategi og handlingsplan for SUS 2010-2012* presisere innholdet i begrepet livsstil. Under- eller feilernæring er i seg selv ikke livsstilsvaner. De kan være et resultat av flere sider av vår livsstil, så som fysisk inaktivitet som her er skilt ut som et eget tema, og usunt kosthold, som er av betydning for både under- eller feilernæring og overvekt, og av andre forhold som for eksempel er knyttet til arvelige forhold og sykdom.

Daglig røyking og forbruk av alkohol er her betegnet som en livsstilsvane, selv om røyking og alkohol i de fleste tilfeller har et så sterkt preg av avhengighet, at det ikke lenger ”bare” kan omtales som en vane. Bruk av alkohol er utvilsomt en sentral del av vår livsstil og kan også omtales som en livsstilsvane, selv om forbruket har et mønster eller er over det nivået som defineres som helseskadelig bruk (Korfor, 2010).

I denne sammenheng er min oppmerksomhet rettet mot livsstilsvaner med stor dokumentert innvirkning på vår somatiske og psykiske helse: Under- /feilernæring, overvekt, fysisk aktivitet, daglig røyking og alkohol (Oppedal et al., 2010).

2.2 Forebygging av livsstilsrelaterte helseproblem i sykehus

På den ene siden skal spesialisthelsetjenesten sikre retten til helsetjenester med de riktige prioriteringer og med den rett behandlingen (St.meld. nr. 47 (2008-2010)), på den andre siden har den enkelte pasient et eget personlig ansvar for å velge en sunn livsstil (St.meld. nr.16 (2002-2003)). Videre hevdes det i denne meldingen at ved å ha mer fokus på forebygging vil det gi store helsegevinster og samtidig et mer effektivt helsevesen.

Heri ligger en del av den kunnskapen som kan begrunne at forebyggingsperspektivet må fremtones i det fremtidige helsevesen. Forutsetningene for å få til dette arbeidet er å reorientere helsetjenesten mot mer forebyggende arbeid som kan forankres i et av innsatsområdene i Ottawa-charteret (Mæland, 2005). Videre har Helse Vest i *Helse 2020 Strategi for helseregionen. Visjon og mål. Strategi og handlingsplan* formulert følgende visjon: ”fremme helse og livskvalitet”. Dette dokumentet har i form av egne målsettinger vektlagt en styrking i det forebyggende arbeidet og god pasient-informasjon og -opplæring. Videre påpekes pasientens eget ansvar og aktive rolle for å oppnå et best mulig behandlingsresultat (Helse Vest, 2007).

I avsnittet om spesialisthelsetjenestens ansvar for forebyggende arbeid:

Etterspørselen etter sjukehus tjenester er ein funksjon av samfunnet si evne og vilje til å drive målretta og aktivt førebyggingsarbeid (primærførebygging).

Primærførebygging må i hovudsak gå føre seg andre stader enn i spesialisthelsetenesta, men spesialisthelsetenesta må likevel ta del i dette arbeidet, først og fremst som ein viktig kunnskapsbase for førebyggande og helsefremmande arbeid, men òg ved å delta med kompetanse i målretta tiltak i samfunnet elles. Ansvar for såkalla sekundær- og tertiærførebygging er samtidig ein del av ansvaret til Helse Vest. Målet med denne typen arbeid er todelt. For det første kan det bidra til ein betre livssituasjon for pasientar som er eller har vore på sjukehus. Dernest kan vellykka førebygging bidra til å hindre uønskte reinnleggingar, og dermed redusert press på tenestene (s.12).

På den andre siden hevder St.meld. nr. 47 (2008-2009) at kommunehelsetjenesten må legge mer vekt på det forebyggende arbeidet i utviklingen av sitt tjenestetilbud. I utviklingen av sømløst tjenestetilbud vil dette samarbeidet med kommunene være viktig for å hjelpe pasientene til å ta de helsefremmende valg. Her kan spesialisthelsetjenesten ved å ta regien i første omgang kartlegge denne risikofylte livsstilen for dernest å utforme intervensjoner på det enkelte pasientforløp der adferdsendring er en del av behandlingen. Korfor har i sin strategiplan for SUS (2010-2012) forslag til hvordan blant annet epikrisene kan brukes for å overføre disse opplysningene til primærhelsetjenesten.

Går vi nærmere inn i den handlingsplanen som Korfor har utarbeidet. *Livsstil og somatisk helse for SUS* (2010 – 2012), ser vi at det sekundær- og tertiærforebyggende arbeidet i sykehus er rettet mot pasienter med en (potensielt) helseskadelig livsstil (2009).

Videre er St. meld. nr. 47 (2008-2009) den som presenterer innholdet i en eventuell samhandlingsreform. I stortingsmeldingen legges det svært stor vekt på sammenhengen mellom livsstil og helse og det forebyggende arbeidet.

Her påpekes viktigheten av å spisse forebyggingsinnsatsen inn mot områder og med tiltak som gir dokumentert effekt og raskest mulig resultater i forhold til færre sykehusinnleggelser og mindre omfattende behandling. Det er ingen drøfting av sykehusenes rolle i det sekundær- og tertiærforebyggende arbeidet, det handler først og fremst om en ny arbeidsdeling og rollefordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i forhold til pasientforløp og logistikk.

God logistikk handler om effektiv overføring av ansvar og informasjon mellom ulike hjelpeinstanser. Gode pasientforløp handler om at ulike hjelpeinstanser skal yte sine bidrag til pasientens beste, på en forutsigbar og koordinert måte. Hvor i det sykehusinterne pasientforløpet det helsefremmende arbeidet som skal gjennomføres og hvordan arbeidsdelingen mellom sykehus og kommunehelsetjenesten skal være, gir Samhandlingsreformen ikke noe svar på.

Dalane DPS har utviklet en håndbok i *Mestringsteknikker for livsvansker – Mindfulness-based Coping* (Tharaldsen & Otten, 2008). Dette er gruppetilbud samtidig som tilbudet legger opp til et individuelt tilpasset tilbud og et utstrakt samarbeid med behandler. Kognitiv adferdsterapi og hjemmearbeid og øvelser viser her at pasientene endrer adferd, som gir bedre behandlingsresultat og livskvalitet.

WHO's Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH)

I 1993 etablerte Verdens Helseorganisasjon (WHO) nettverket Health Promoting Hospitals (HPH). Prinsippene i nettverket bygger på Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid (1986). Medlemmene i nettverket søker å innarbeide en helsefremmende kultur i sin organisasjon gjennom implementering av helsefremmende verdier, og strategier og standard i sykehus. Fokuset i aktivitetene er både på pasient, pårørende og ansatt, så vel som på lokalsamfunnet. Sykehuset er en del av.

Grunnlaget for etableringen av det internasjonale nettverket WHO - Health Promoting Hospitals and Health Services, inkludert Norsk Nettverk for Helsefremmende arbeid, er ønsket om at helsetjenestene må gjøre mer når det gjelder å fremme helse og forebygge helseproblemer (Pelikan, Krajic og Dietcher, 2001). Å fremme helse sees på som en kjerneoppgave for sykehustjenester, og nettverket fokuserer også på helsen til de ansatte og sykehusets rolle som en helsefremmende aktør i samspill med resten av samfunnet. Gjennom medlemskapet har sykehuset tilgang til det beste arbeidet som blir gjort når det gjelder forebygging og tidlig intervensjon med utgangspunkt i spesialisthelsetjenestens ståsted.

En dansk pilotstudie og en multinasjonal evalueringsstudie fra 8 land fra Europa, Canada og Asia viste en lik fordeling av risikofaktorer (Tønnesen, Christensen, Groene et al., 2007). Unntaket var risikofylt alkoholforbruk med lavest utbredelse i Asia og det høyeste i Europa. Hyppigheten av pasienter i faresonen for underernæring var lik som tidligere vist i andre skandinaviske sykehus (Rasmussen, Kondrup, Staun, Ladefoged, Kristensen og Wengler, 2004). Sammenlignet med andre norske befolkningsstudier var en høyere prosentandel av pasientene i denne studien overvektige, mens røyking i denne studien var lik (Ulset, Undheim og Malterud, 2007).

Helsedøgnet 2009 var en tverrsnittundersøkelse i tre somatisk sykehus i Helse Vest for å vurdere omfanget av pasienter i somatisk sykehus med en skadelig livsstil og for å kunne vurdere hvor stort potensialet var for helsefremmende arbeid i sykehus (Oppedal et al., 2010). Undersøkelsen viste at ernæring og livsstil er et tema som angår svært mange av sykehusets pasienter.

2.3 Kunnskap om fem helsedeterminanter

Med bakgrunn i begrepet ”determinismen dvs., forestillingen om at alt har en årsak og at samme årsak alltid gir samme virkning, under ellers like vilkår”(Skog, 2004, s.27) og ved at begrepet helse ikke kan begrenses til spørsmålet om fravær av sykdom eller skade (Mæland, 2005), vil betingelsen for god helse være en viktig forutsetning for å kunne bli helbredet fra eller mestre sin sykdom (Gjengedal & Hanestad, 2007).

Helsedeterminanter som usunn kost, fysisk inaktivitet, røyking og skadelig alkoholforbruk er hver for seg risikofaktorer som påvirker pasientforløp ved både akutte og kroniske sykdommer og er for lite integrert i behandlingen til pasienter i somatiske avdelinger (Oppedal, et al., 2010), og ei heller blant pasienter med psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten er helsedeterminantene særlig ivaretatt.

Vi har et omfattende kunnskapsgrunnlag som dokumenterer betydningen den individuelle livsstilen har for helsen. Derfor er min oppmerksomhet rettet mot livsstilsvaner med stor dokumentert innvirkning på vår somatiske og psykiske helse, som i Helsedøgnet: under- og feilernæring, overvekt, fysisk aktivitet, daglig røyking og alkohol (Oppedal et al., 2010).

Per Fugelli derimot uttaler seg kritisk til ” den norske helsetrøyen” som ekspertene og myndighetene prøver å tvinge oss inn i. I *O- visjonen, Essays om helse og frihet* (2003) utfordrer han helse- og frihetsdimensjonen fordi helsetjenesten selv truer helsefriheten (2003).

Siden dette er å regne for forebyggende helsearbeid, kan man vel ikke fri seg helt fra denne kritikken, som hevder at risikofokuseringen skaper helseproblemer. Her retter kritikken seg særlig mot det sykdomsforebyggende arbeidet, hvor fokuset er risikofaktorer og behovet for medisinsk kontroll (Mæland, 2005).

På den andre siden vil det være galt ikke å gi slik informasjon. Kunnskap om helse og påvirkningsfaktorer er med på å gi den enkelte økt mulighet til å handle mer rasjonelt. Mye sykdomsfrykt bunner i uvitenhet eller feilaktig kunnskap.

Undersøkelser viser også at norske pasienter og pårørende stort sett er fornøyde med behandlingen de får, men de ønsker mer informasjon. For mange blir dermed uvissheten en større byrde enn de fysiske og psykiske plagene av sykdommen (Mæland, 2005).

2.3.1 Determinantenes betydning for somatisk helse

Selv om mange handlinger og vaner kan ha betydning for helsen, er det ”særlig matvaner, bruk av tobakk og alkohol og fysisk aktivitet som peker seg ut som viktige og som den enkelte langt på vei kan kontrollere” (Mæland, 2005, s. 173).

Kosthold og helse

”Maten er halve føda ” sier et gammelt ordtak. Nyere forskning har bekreftet visdommen i dette. Norsk kosthold inneholder for mye fett, salt, sukker, stivelse, kostfiber og enkelte vitaminer (Mæland, 2005). WHO har definert både kroppsmasseindeks og midjemål (1997) og er referert i Sosial- og helsedirektoratet sin rapport *Om forebygging og behandling av overvekt / fedme i helsetjenesten* (2004), her skjematisk fremstilt:

Klassifisering av vekt:

	KMI
Undervekt	$\leq 18,5$
Normalvekt	18,5 – 24,9
Overvekt	25,0 – 29,9
Fedme, grad I	30 – 39,9
Fedme grad II	35 – 39,9
Fedme, grad III	≥ 40

Midjemål:

	Risiko for sykdom	
	Midjemål (cm)	
	Økt risiko	Betydelig risiko
Kvinner	≥ 80	≥ 88
Menn	≥ 94	≤ 102

Underernæring og helse

Sosial- og helsedirektoratet har nylig utgitt *Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* (2009). Retningslinjene har som mål at personer i risiko for underernæring skal bli identifisert og at de skal få målrettet behandling. Retningslinjer er ment å gjelde dem som jobber med voksne både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Denne kunnskapen bygger blant annet på en erkjennelse av at det er en del underernærte pasienter innlagt i sykehus. Dette er med på å forlenge sykehusoppholdet og utsette pasienten for unødige plager. Retningslinjene peker spesifikt på spesielle pasientgrupper: eldre, demente, enslige, funksjonshemmende og psykiatriske langtidspasienter (Shdir, 2009).

Overvekt og helse

Overvekt og fedme er en klar risikofaktor for diabetes mellitus type 2, hjerte-kar-sykdommer, høyt blodtrykk, enkelte kreftsykdommer og artrose i vektbærende ledd (Mæland, 2005).

Både gjennomsnittlig vekt og andelen av 40-42-årige kvinner og menn som er overvektige eller fete har økt fra begynnelsen av 1960-årene og fram til 1999. Menn har økt gjennomsnittlig med 9,1 kg (fra 76,9 til 86 kg), mens kvinner har økt med 3,7 kg fra 65,8 til 69,5 kg). Gjennomsnittlig kroppsmasseindeks har økt fra 24,8 til 26,6 for menn og fra 24,7 til 25,1 for kvinner. Andelen av fete har økt i perioden, og ifølge 40-42-åringsundersøkelsen i perioden 1997-1999 i 8 fylker, hadde 14 % menn og 11,6 % kvinner en KMI ≥ 30 . Andelen menn med kroppsmasseindeks ≥ 35 var 2,1 %, og 0,4 % hadde en kroppsmasseindeks ≥ 40 . Blant kvinnene var det 2,9 % med KMI ≥ 35 og 0,7 % med KMI ≥ 40 (Ulset, Undheim og Malterud, 2007).

Det er først når KMI nærmer seg 30 at økt kroppsvekt er forbundet med dødsrisiko (Waalder, 1984). Desto tidligere i livet man blir overvektig desto større er risikoen for sykdom og død. Fordelingen av fett er også av betydning, økningen av det abdominale fett er nært forbundet med diabetes, hypertensjon og hjerte-kar-sykdommer (Mæland, 2005).

Fysisk aktivitet og helse

Fysisk aktivitet er definert ved hjelp av Caspersen, Powell og Christenen (1985) referert i Martinsen: ”enhver kroppslig bevegelse forårsaket av skjelett og muskulatur som medfører energiforbruk” (2004, s.26). Dette måles i kilokalorier per tidsenhet. Videre har Buckworth og Dishmann (2002) referert i Martinsen (2004) inkludert søvn, arbeid og fritidsaktiviteter hvor sistnevnte også innebærer husarbeid, rekreasjon, sport, dans og lek.

Anbefaling for tidsforbruk på fysisk aktivitet pr. dag er i dag minst 30 minutter. Dette er de anbefalinger Helsedirektoratet har gitt i Aktivitetshåndbokas kapittel ”Generell fysisk aktivitet”(Henriksen & Sundberg, 2008, s. 9). Videre hevdes det at fysisk aktivitet har større effekt jo lenger den varer. Man kan dele opp den daglige aktivitetsøkten i flere perioder på 10-15 minutter, bare den sammenlagte tiden blir tilstrekkelig (Henriksen & Sundberg, 2008).

Sosial og helsedirektoratet har i sin rapport *Anbefalinger av fysisk aktivitet og helse* skissert betydningen av fysisk aktivitet for positiv helse, glede og velvære, og sykdom og plager ved manglende aktivitet (2000). For lite bruk av kroppen kan forårsake eller medvirke til eksempelvis høyt blodtrykk, overvekt, hjerte-kar-sykdommer, diabetis 2, osteoporose og belastningsskader (Mæland, 2005). Helseproblemene kan være høyt blodtrykk og overvekt (Lærum, 2007). Resultater hvor overvektige ikke har økt dødelighet dersom de er fysisk aktive (Blair et al., 2002) er referert i Vaglum og Finset (2007). Mære mfl. (1991) referert i Mæland (2005) hevder at folk med høy utdanning er mest fysisk aktive.

Røyking og helse

Lærum (2005) sier: ”Ikke noen enkelttiltak vil gi større helsegevinst enn det med å få bukt med tobakksbruken” (s.208). Røyking er den adferden som isolert sett betyr mest for nedsatt levealder og økt sykkelighet i Norge i dag (Mæland, 2005).

De fleste røykere er i aldersgruppen 35-44 år. Daglig røyking er skjevt fordelt etter utdanningsnivå, tre ganger så mange blant grunnskoleutdannede mellom 25-45 år sammenlignet med universitets- eller høyskoleutdannede (Vaglum & Finset, 2007). Data fra britiske leger viser at de som har røykt fra ung alder og slutter så sent som 55-64 år får en betydelig økning i levealder. De som slutter i 35-44 års alder har forventet levealder helt på nivå med den til de som aldri har røykt (Doll, Petro, Boreham & Sutherland, 2004).

Gjengedal & Hanestad (2007) har skissert den forventede levealder ut fra en jevn økning de siste 20 årene for kvinner til å være 81,4 år og for menn er 76 år (s.14). Hver andre røyker har 13 år færre leveår enn gjennomsnittet (Lærum, 2005). De har en økt risiko for hjerte-kar-sykdom, 20 ganger økt risiko for lungekreft, økt risiko for magesår, og er utsatt for å få skiveprolaps og osteoporose, og også risikoen for å utvikle kronisk obstruktiv lungesykdom er 20 ganger større hos røykere enn hos ikke-røykere (Mæland, 2005).

I en rapport fra folkehelseinstituttet basert på røykedødsfallene for personer mellom 40 og 70 år konkluderes undersøkelsen med at sigaretten tar opptil 20 år. Undersøkelsen viste videre at for lungekreft økte kreftrisikoen jevnt og trutt med hver daglige sigarett, mens det for hjerteinfarkt er en økt risiko allerede med den første røyken (Vollset, Tverdal, Selmer og Gjessing, 2006).

Alkohol og helse

Folkehelsen betrakter alkoholen som vår mest ”undervurderte risikofaktor” (Lærum, 2007).

I de siste ti årene har det gjennomsnittelige alkoholforbruket økt fra ca. 5 til 6,5 liter ren alkohol pr. innbygger pr. år over 15 år. Om vi også tar med det uregistrerte forbruket er vi i ferd med å komme opp på et europeisk gjennomsnittsförbruk av alkohol.

Ved at SUS psyk. divisjon ble medlem av HPH i 2005, ble prosjektet ”*Kartlegging og forebygging av rusmiddelmissbruk ved somatiske avdelinger*” godkjent som et prosjekt. Når det gjelder dette prosjektet er det gått fra å være prosjekt til å være faste tiltak ved SUS, i samarbeid med kommunene og Rogaland A-senter. Dette utviklingsarbeidet er blitt finansiert av Helsedirektoratet, og SUS blir fremholdt som modell for andre sykehus i Norge av statlige myndigheter.

Regelmessig høyt förbruk av alkohol kan føre til høyt blodtrykk, og dermed også til hjerneslag. Mest utsatt er fordøyelsesorganer og nervesystem. Stort og langvarig inntak av alkohol kan føre til skrumplever, bukspyttkjertelbetennelse, nerverlammelse og hjernesvinn (Mæland, 2005).

Omtrent 300.000 personer i Norge drikker mer enn tre alkoholenheter daglig i gjennomsnitt, mens ca. 80.000 personer har et alkoholforbruk som tilsvarer seks alkoholenheter per dag (Hauge & Skog, 1985).

2.4 Fem determinanternes betydning for psykisk helse

Hvilke innvirkning determinantene har på den psykiske helsen og grenseflaten mellom psykisk helse og en psykisk lidelse, kan være vanskelig og kanskje noe unaturlig å skille. Determinantene har en stor og kanskje noe undervurdert betydning på både den fysiske og den psykiske helsetilstanden. Helsen skadelig livsstil kan føre til både somatiske og psykiske lidelser.

Begrepet psykisk helse benyttes gjerne som et samlebegrep som kan deles inn i psykisk velvære, psykiske plager, og psykiske sykdommer eller lidelser (Mathiesen et al., 2007). Studier har vist at rusmidler kan føre til psykiske lidelser som depresjonslidelser og dårlig psykososial fungering ikke bare for alkoholbrukeren selv, men også i de nære familiene (Mæland, 2005). Mest dokumentasjon er det nok som peker i retning av at rusbruk og psykiske lidelser påvirker hverandre gjensidig og at årsaksforholdet virker begge veier (Mæland, 2005).

Rikelig og variert tilførsel av frukt og grønnsaker virker som antioksidanter og kan dermed bidra til å minske såkalt ”oksidativt stress” i kroppen, noe som antas å påskynde utviklingen av flere sykdommer (Mæland, 2005). Økningen i kroppsvekten skyldes nok både for stort energitak i kosten og for liten fysisk aktivitet. Kostholdet følger de sosiale skillelinjene. Folk med høyere utdanning er gjennomgående oftere normalvektige og har et kosthold i samsvar med anbefalingene. Kvinner er mer kostholdsbevisste enn menn (Mæland, 2005).

Spiseforstyrrelser er et utbredt helseproblem spesielt blant unge kvinner. Bulimi, anoreksi og tvangsspising er spiseadferd som primært antas å ha en psykisk årsak (Mæland, 2005). Manglende mosjon øker risikoen for angst og depresjon (Lærum, 2007). Fysisk aktivitet gir et mentalt og kroppslig overskudd. Regelmessig mosjon styrker selvbildet, gir bedre selvkontroll, fremmer positive tanker og øker troen på å takle egne problemer (Kjellmann et al., 2008).

Fysiske aktiviteter hemmer tendensen til muskelspenninger i rygg, nakke og skuldre (Mæland, 2005). Det kulturelle presset for en perfekt kropp blant den unge generasjonen, og misnøyen med egen kropp, kan føre til selvforakt og fortvilelse og lede til stadige forsøk på å tvinge kroppen mot et utopisk ideal (Mæland, 2005). Risikofokusering, spesielt gjennom media, kan fremme en følelse av sårbarhet og hjelpeløshet og fremme sykdomsfrykt (Mæland, 2005).

2.4.1 Overvekt og psykisk lidelse

Flere studier dokumenterer diskriminering av fete personer i tidlig alder, noe som fortsetter inn i voksenlivet med psykiske konsekvenser (Røssner, 2008). Videre hevder Røssner: ”Dermed er depresjon og nedstemthet vanligere hos personer med overvekt og fedme enn hos normalbefolkningen” (2008, s. 471).

Vektøkning er et stort problem ved bruk av antipsykotiske og stemningsstabiliserende medikamenter og reduserer dermed også den fysiske kapasiteten (Martinsen, 2004). Overvekt blant schizofrene pasienter er et vanlig problem (Martinsen, 2005). Martinsen og Taube (2008) hevder at ”fysisk inaktivitet, røyking og overvekt er vanlig blant personer med schizofreni, noe som sannsynligvis bidrar til økt sykkelighet og dødelighet i denne sykdomsgruppen” (s. 561).

Sammenlignet med personer uten psykiske lidelser er sannsynligheten for overvekt eller fedme 50 % større, noe som oftest skyldes usunt kosthold og fysisk inaktivitet (Compton, Daumit & Druss, 2006).

2.4.2 Underernæring og psykisk lidelse.

Spiseforstyrrelser er et utbredt problem spesielt blant unge kvinner. Bulimi, anoreksi og tvangsspising er tre manifestasjoner av ulike spiseadferd som primært antas å ha psykiske årsaker (Mæland, 2005).

Helsedirektoratet har nylig utgitt retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (2009), noe som bygger på en erkjennelse av at det er økt risiko for underernæring særlig blant eldre, demente, enslige, funksjonshemmede, rusmisbrukere og psykiatriske langtidspasienter og pasienter med kroniske sykdommer som kreft, leddgikt, osteoporose og hjerte- og lungesykdom.

2.4.3 Fysisk aktivitet og psykisk lidelse.

Der hvor forskningen har vært størst i psykiatrien, er på området fysisk aktivitet og depresjon i forebygging og behandling, og nettopp derfor er det her en har den beste dokumentasjonen (Martinsen, 2004). Martinsen hevder at for personer med milde til moderate former for depresjon, angst og kronisk tretthetssyndrom har fysisk aktivitet sammen med og i stedet for medikamenter sterkt dokumentert effekt på sykdomsutvikling (2004). Fysisk inaktivitet øker risikoen for å utvikle psykiske lidelser, og med de data som foreligger, tyder det på at regelmessig fysisk aktivitet reduserer faren for å utvikle psykiske lidelser og er forebyggende mot depresjon (Martinsen, 2004).

Sosial- og helsedirektoratet har nylig utgitt *Aktivitetshåndboken Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (2008). Her er behandlingseffekten skissert ved både schizofreni, depresjoner og ruslidelser basert på vitenskapelig støtte som behandling der den fysiske aktiviteten skjer parallelt med vanlig behandling med medisiner og samtaler. Det er fortsatt få langtidsstudier på området. Effekt av fysisk aktivitet som behandlingsmetode er meget godt dokumentert ved milde til moderate former for depresjoner (unipolar lidelse) og ved kronisk tretthetssyndrom. Regelmessig mosjon motvirker depresjon og styrker selvbildet (Mæland, 2005).

Fysisk aktivitet kan anbefales som alternativ eller i tillegg til ordinær behandling for personer med økt angstnivå, muligens også ved panikklidelser. Oppsummert tyder noen undersøkelser på at fysisk aktivitet kan forebygge angstlidelser (Goodwin, 2003).

Fysisk aktivitet kan ikke anbefales som eneste behandling av schizofreni, men det fins gode argumenter for å integrere fysisk aktivitet i behandlingsprosessen.

Fysisk aktivitet kan redusere negative symptomer, bidra til å bedre kontrollen over positive symptomer, gi bedre livskvalitet, normalisere kroppssoppfatning og minske risikoen for tilbakefall

(Martinsen & Taube, s. 567).

Det er en økning i dokumenterte behandlingsformer hvor fysisk aktivitet kan være en viktig del av behandlingen av alkoholavhengige. Systematisk fysisk aktivitet kan dempe abstinensreaksjon og redusere skjelving, svetting og angst (Martinsen, 2004).

Read og Brown referert i Martinsen (2004) viser til flere studier hvor fysisk styrketrening kan bidra til å redusere angst og depresjon hos alkoholavhengige, og dermed redusere sannsynligheten for rusing. Fysisk aktivitet gir en mulighet for å oppleve å kunne mestre sitt liv og påvirke sin følelsesmessige tilstand ved hjelp av egne krefter. Videre kan det lette innpass i nye sosiale miljøer (Martinsen, 2004).

2.4.4 Røyking og psykisk lidelse

Folkehelse rapporten som omhandler utviklingen av psykiske lidelser i Norge (2009), refererer til Mykletun et al. (2008), som hevder at det er assosiasjon mellom røyking og angst og depresjon. Videre hevdes det at årsakssammenhengene diskuteres, men at enkeltstudier hevder at røyking fører til depresjon.

Forebyggende tiltak ser ut til samlet å ha redusert røyking (Mæland, 2005 og Lærum, 2005). Dermed kan vi vel konstatere at i den grad røyking kan føre til økt forekomst av pasienter med psykiske lidelser og ikke motsatt, vil røykeforebyggende tiltak indirekte forebygge pasienter med psykiske lidelser i samfunnet.

Sammenlignet med personer uten psykiske lidelser er sannsynligheten dobbel så stor for at schizofrene pasienter røyker (Compton, Daumit & Druss, 2006).

Da psykiatrisk divisjon i 2005 søkte om medlemskap i WHO's Health promoting Hospitals and Health Services (HPH), ble "SUS – røykfritt sykehus" godkjent som prosjekt ved søknad om medlemskap. I den anledning har en benyttet nasjonale og internasjonale samarbeidspartners kunnskap i utviklingen av tiltak ved psykiatrisk divisjon. Den nasjonale nettverksgruppen knyttet til dette temaet ledes av Helse Nord-Trøndelag som er komst lengst på dette området i Norge.

Det er egen tobakksavvenningsklinikk både ved Sykehuset Namsos og ved Sykehuset i Levanger. Tilbudet er både til pasienter og ansatte. En statusrapport er lagt frem for tobakksfrie sykehus (NHFS, 2008).

Fra arbeidet til det danske nettverket av helsefremmende sykehus vet vi at:

- Psykiatriske pasienter har en røykeprevalens som er dobbelt til tredobbel så høy som normalbefolkningen
- Psykiatriske pasienter røyker flere sigaretter daglig, inhalerer dypere og har et høyere nivå av nikotinbrytningsprodukter i blodet.

Dette medfører:

- Sjenanse og helserisiko ved at både pleiepersonalet og ikke-røykende pasienter utsettes for passiv røyking.

Dessuten vet vi at:

- Psykisk syke røykere har flere psykiatriske symptomer og større risiko for misbruk av alkohol og narkotika enn psykisk syke ikke-røykere.
- Det er interaksjon mellom komponenter i tobakk og psykoaktiv medisin som resulterer i en hurtigere medisin-metabolisme, og behov for økte, ofte fordoblede medisindoser.
- En stor del av de psykiatriske pasientenes ofte lave inntekt brukes på tobakk, noe som resulterer i fattigdom (Netverk af forebyggende sygehus i Danmark, 2006).

2.4.5 Alkohol og psykisk lidelse

Det er knapt noen annen enkeltfaktor som forårsaker så mange sosiale og psykiske lidelser som alkohol (Mæland, 2005).

Noreik & Stang (2000) har en grenseverdi for inntak av skadelig alkoholinntak på 13 AE for kvinner og 21 AE for menn, referert i Lærum (2005). Mæland (2005) hevder det ikke er noe skarpt skille mellom ”trygt” og ”farlig” alkoholforbruk, men påpeker jo mindre jo bedre. Videre fremhever han de norske helemyndigheters regler basert på at voksne menn bør drikke gjennomgående mindre enn 14 AE for kvinner og 9AE for menn (2005). Denne grenseverdien er brukt i Helsedøgnet (Oppedal et al., 2010) og supplert med tilleggsopplysninger om at 9 AE for kvinner og 14 AE for menn, er godkjent som grenseverdi i Sverige (Oppdeal et al., 2010).

Mennesker med rusmiddelproblemer har betydelig overhyppighet av andre psykiske lidelser, spesielt angst og depresjon (Mæland, 2005). Noen bruker alkohol og andre rusmidler som selvmedisinering for sine psykiske plager, andre får psykiske lidelser som konsekvens av sitt rusmiddelbruk. (Martinsen, 2004).

Med bakgrunn i at det ikke er tradisjon for å innhente opplysninger om alkoholvaner blant pasienter med psykisk lidelse, utga nylig Helsedirektoratet *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten* (Shdir, 2009). Her bekreftes at tre firedeler av deprimerte ikke får behandling. Videre har veilederen skissert ”grupper med forhøyet risiko for å utvikle depresjon, personer med rusmiddelproblemer” (Shdir, 2009, s. 27). Sammenhengen mellom rusmiddelbruk og depresjon er beskrevet med påfølgende anbefalinger om at dette utredes i behandlingen. Her er AUDIT nevnt for å identifisere rusmiddelproblemer (Shdir, 2009, s. 48).

Sintef har i sin rapport (2009) *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2007* et eget punkt hvor pasienter med rusproblematikk blir sett på i sammenheng med rusreformen og døgntilbudet i psykisk helsevern. Der fastslås det at mange pasienter med rusmiddelmisbruk også har psykiske problemer, ofte lette lidelser som angst og depresjon.

2.5 Psykiske lidelsers betydning for livsstilsrelaterte helseproblem

Hvilken betydning den psykiske helsetilstanden har for livsstilsrelaterte helseproblem, kan være diagnosespesifikt med tanke på behandling og sykdommens art. Videre har den helserelaterte adferd (oppfatning, emosjon og mestring) innvirkning på sykdommen (Vaglum & Finset, 2007).

Aktivitetshåndboken (Helsedirektoratet, 2008) stiller følgende spørsmål under kapitlet om depresjon: ”Er det fysisk inaktivitet som fører til depresjon eller depresjon som fører til inaktivitet, eller kan det være en tredje faktor som forklare sammenhengen?” (Kjellmann, Martinsen, Taube & Andersson, 2008, s. 280).

Det er undersøkelser som viser at fysisk inaktivitet øker risikoen for depresjon, mens depresjon er en sykdom som øker risikoen for inaktivitet. Studiene er stort sett basert på tverrsnittsstudier og har svakheter når det gjelder både validitet og årsakssammenhenger (Kjellmann et al., 2008). Longitudinelle studier hvor populasjonen følges over tid har her årsakssammenhengen tydeligere, men her er svakheten utvalgsfaktoren (Martinsen, 2004).

Økt risiko for fysisk inaktivitet blant mennesker med psykisk lidelse er dokumentert i en rapport om psykisk helse og fysisk aktivitet (Shdir., 2000). Depresjon forekommer sammen med andre psykiatriske sykdommer og lidelser, særlig angst. Det er betydelig forskjell mellom kjønnene, siden depresjon hos kvinner er den fjerde største årsaken til total sykdomsbyrde, mens den hos menn først kommer på sjuende plass (Mæland, 2005).

Schizofrene pasienter har i gjennomsnitt redusert levealder på 10 år sammenlignet med normalbefolkningen. To tredjedeler av denne økte dødeligheten skyldes kardiovaskulære sykdommer, sykdommer i åndedretsorganer og diabetes, og ved alle sykdommer er levevaner viktige (Conolly & Kelly, 2005).

Sannsynlighet for at personer med schizofreni røyker, er dobbelt så stor sammenlignet med personer som ikke har en psykisk lidelse. Videre er muligheten for overvekt 50 % større, noe som skyldes usunt kosthold og fysisk inaktivitet (Compton, Daumit & Druss, 2006).

Antidepressiver og antipsykotiske medikamenter kan være nødvendige for behandling av enkelte psykiatriske lidelser, men disse kan ha utalte bivirkninger som vektøkning. Også glucoseintoleranse, og blodfettstoffene kan forandres i ugunstig retning med økt risiko for type 2 diabetes (Conolly, 2005).

Depresjonslidelser øker risikoen for rusbruk som alkoholmisbruk (Clark et al., 2003). Spiseforstyrrelser er et utbredt problem spesielt blant unge kvinner. Bulimi, anoreksi og tvangsspising er tre manifestasjoner av ulike spiseadferd som primært antas å ha psykiske årsaker (Mæland, 2005).

2.6 Forpliktende sekundærforebyggende arbeid blant pasienter med psykiske lidelser

Forpliktelsene sykehuset har i det sekundær - og tertiærforebyggende arbeidet blant pasienter med psykiske lidelser, er forankret både i stortingsmeldinger og veiledere fra Helsedirektoratet.

Både informasjon til pasienten, råd, veiledning og opplæring er basert på å styrke den enkelte pasients ressurser for så å kunne ta hånd om egen helse. Har pasienten behov for livsstilsendring for å oppnå bedre helse, er motivasjon nøkkelen (Ekeland & Heggen, 2007).

Sykehuset har et ansvar for å sikre effektive pasientforløp og for bedre kvalitet både i forhold til behandling og forebygging. Sekundærforebygging er både kostnadsbesparende og gir pasienten bedre livskvalitet (Helse Vest, 2007).

Gjennom det internasjonale nettverket WHO – Health Promoting Hospitals and Health Service, inkludert Norsk nettverk for Helsefremmende arbeid, har sykehuset tilgang til det beste arbeidet som blir gjort når det gjelder forebygging og tidlig intervensjon med utgangspunkt i spesialisthelsetjenestens ståsted. I 2005 ble SUS ved psykiatrisk divisjon tatt opp som medlem i Norsk Nettverk for Helsefremmende arbeid.

Min undersøkelse er derfor relevant da den går ut på å identifisere risikofylt helse og livsstil, basert på fem utvalgte helsedeterminanter, blant pasienter med psykiske lidelser i et utvalgt DPS. Samtidig skal studien ved hjelp av en utviklet metode vurdere en større undersøkelse av pasienter med psykiske lidelser.

Det er en epidemiologisk undersøkelse hvor jeg ser på utvalgte determinanter og deres innvirkning på pasienter med psykiatriske lidelser basert på statistiske beregninger.

3.0 METODE

Min studie var en kvantitativ tverrsnittundersøkelse og er bygget på samme metode som var anvendt i Helsedøgnet (Oppedal et al., 2010). Da denne undersøkelsen var blant pasienter med somatiske lidelser i sykehus, måtte det visse tilpasninger til for å gjelde pasienter med psykiske lidelser i et utvalgt DPS.

Studien søkte å få frem forekomsten av risikopasienter basert på fem helsedeterminanter blant pasienter med psykiske lidelser, og videre etter den metode som kunne få frem denne forekomsten. Dette var en kartleggingsundersøkelse hvor en ved hjelp av et spørreskjema skulle identifisere risikopasienter basert på fem utvalgte helsedeterminanter.

Jeg skal i dette kapittelet presenterer metoden som var brukt i Helsedøgnet, for deretter å redegjøre for de nødvendige tilpasninger som er gjort for å kunne foreta undersøkelsen i et utvalgt DPS.

3.1 Metoden brukt i Helsedøgnet.

Beskrivelsen av metoden som er brukt i Helsedøgnet bygger på artikkelen *Health and the need for health-promotion in hospital patients* (Oppedal et al., 2010).

Bakgrunnen for spørreskjemaet som ble brukt både i vår undersøkelse og i Helsedøgnet, bygger på kunnskapen om fem helsedeterminanter: røyking, alkoholmisbruk, underernæring, overvekt og fysisk aktivitet som valgte faktorer, hvor påvirkningen på helsetilstanden er vel dokumentert både i forhold til forebygging og behandling av pasienter i sykehus. Disse er basert på kunnskapsgrunnlaget og metodeanbefalinger fra WHO og Health Promoting Hospitals and Health Services (Tønnesen et al., 2008).

Selv om livsstil har stor innvirkning på den enkeltes helsetilstand og behandling, viser forskning og erfaring at altfor få pasienter får spørsmål om livsstil. Enda færre får råd om livsstil.

Når det blir spurt om alkoholforbruk og dokumentert i pasientjournalen, benyttes ofte upresise betegnelser som for eksempel moderat alkoholforbruk. Definisjonen av moderat alkoholforbruk kan variere fra person til person. For å kunne ta stilling til om noen har et risikofyllt alkoholforbruk, må man spørre om mengde og frekvens; *The alcohol Use Disorder Identification Test Guidelines* (Barbor, Higgins, Saunders and Monteiro, 2001).

I Danmark (Sundhedsstyrelsen) har man etter en grundig prosess (Prosjekt PRIKK) identifisert de 8 viktigste kliniske spørsmål for å få besvart forhold til pasientens livsstil og helse. Spørreskjemaet er basert på at pasienten blir intervjuet omkring fem determinanter, røyking, fysisk aktivitet, alkohol, underernæring og fedme.

Konklusjonen var at disse spørsmålene var både forståelige, dekkende og anvendelige og bør inngå som basale journalopplysninger for alle pasienter (Tønnesen, Roswall, Odgaard, Pedersen, Larsen, Mathiassen et al., 2008). Dette er en dansk og internasjonal validert modell utviklet av Helsefremmende Sykehus (HPH).

Helsedøgnundersøkelsen ble gjennomført i april 2009, og inklusjonen foregikk i løpet av et døgn uten tilknytning til helg. Opptaksområdet var over en million innbyggere, tre sykehus med 16 somatiske klinikker med til sammen 80 sengeposter og 49 poliklinikker.

Målet var å identifisere risikopasienter blant somatiske pasienter i sykehus.

Konklusjonen på denne undersøkelsen var at det er behov for forebyggende helsearbeid i sykehus, og opplysninger basert på fem helsedeterminanter bør inngå som basale journalopplysninger i pasientens journal (Oppedal et al., 2010).

Inklusjonskriteriene var å være innlagt eller å være behandlet i poliklinikk, være minst 18 år og ha gitt et informert samtykke til å delta. Eksklusjonskriteriene var redusert eller manglende samtykkekompetanse, manglende evne til å besvare spørsmålene på norsk og redusert autonomi.

Det var 350 spesifikt opplærte sykepleierstudenter som bidro i datainnsamlingen.

Behandlerne lege eller ansvarlig sykepleier identifiserte pasienter med manglende samtykkekompetanse og registrerte begrunnelse for dette. Sykepleierstudentene kontaktet alle øvrige pasienter, informerte om studien, og innhentet samtykke fra dem som ønsket å delta. Etter innhentet samtykke identifiserte studentene pasientens helserisiko i forhold til fysisk inaktivitet, overvekt, risiko for underernæring, daglig røyking og alkoholforbruk.

Skjemaet for datainnsamlingen var basert på en dansk internasjonalt validert modell utviklet av The international Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH) (Tønnesen et al., 2008) og en kortversjon av Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT – C) som omhandler alkoholforbruk (Barbor et al., 2001). Behandlerne ble registrert for hver pasient. Utskrivingsdiagnoser (International Classification of Diseases – ICD 10) (WHO, 2001) ble registrert i etterkant.

3.2 Valg av metode for datainnsamling

Min problemstilling var todelt:

1. Hvordan er forekomsten av risikopasienter i et DPS definert ut fra fem helsedeterminanter?
2. Er metoden anvendbar til å bruke blant pasienter i en psykiatrisk setting?

Det var en epidemiologisk undersøkelse basert på utbredelse og variasjoner av sykdom og plager i befolkningen og de faktorer som bestemmer variasjonen (Lærum, 2005). En kvantitativ forskningsmetode der fokuset var på variablene relativt uavhengig av den samfunnsmessige kontekst, og beregnet på forholdsvis store utvalg basert på en viss distanse til informantene (Thargaard, 1998).

Denne undersøkelsen søkte å kartlegge risikopasienter ved å intervju pasientene ved hjelp av et validert spørreskjema basert på fem helsedeterminanter: risikofylt alkohol forbruk, overvekt, underernæring, overvekt, fysisk aktivitet og røyking (Vedlegg 1). Brukt og validert i Helsedøgnet (Oppedal, et al., 2010). Denne undersøkelsen var dermed egnet for en kvantitativ metode ved at problemstillingen var relativt klar, og en kunne kategorisere før en i det hele samlet inn data.

3.3 Design

Undersøkelsen var beskrivende og korrelasjonell, (risikofylte helsedeterminanter og psykiske lidelser), dvs. den beskrev forhold som fremkom samtidig (Friis & Vaglum, 1999), der det ble samlet inn informasjon om en større eller mindre gruppe uten å påvirke dem (Bjørndal & Hofoss, 2004). Det var en klinisk tverrsnittsundersøkelse basert på en tilpasset metode av Helsedøgnet (Oppedal, 2010). Undersøkelsen var gjennomført på et gitt tidspunkt og dannet dermed grunnlaget for disse observerte observasjonsenheter (Skog, 2004). Undersøkelsen gikk over fem dager, fra mandag til fredag, fra klokka 08.30-15.30 (januar 2010).

Metoden er valgt ut fra en definert problemstilling: undersøke forekomsten av helsedeterminanter som fremkom hos pasienter i et DPS. En ville finne ut hvordan de operasjonelle helsedeterminantene forholdt seg innbyrdes til hverandre og hvordan de forholdt seg til de demografiske variablene for alder, avdeling, kjønn og diagnose.

Ved at denne undersøkelsen kunne være overførbar for en mer omfattende undersøkelse blant pasienter med psykiske lidelser i sykehus, ville dette arbeidet få betydning for utviklingen av sekundærforebyggende arbeid i sykehus.

Undersøkelsen var utført som en survey der alt ble målt samtidig. Survey er svakt design når det gjelder kausalitet, men dersom dette resultatet sammenfaller med tidligere forskning, kan vi anta at det er en kausalitet.

Jeg kjenner ikke til at det er gjort undersøkelser tidligere der det er identifisert risikopasienter basert på fem helsedeterminanter (røyking, inaktivitet, underernæring, overvekt, alkohol og røykeavhengighet) blant pasienter med psykisk lidelse i et DPS.

3.3.1 Type undersøkelsesopplegg. Instrumenter og spørreskjema.

Både polikliniske og pasienter innlagt på døgnopphold ble intervjuet ved hjelp av spørreskjema. over følgende spørsmål:

- Risikofylt alkoholforbruk. Svenske grenser: ≥ 9 enheter/uke for kvinner, ≥ 14 enheter/uke for menn, Danske grenser: ≥ 14 enheter/uke for kvinner, ≥ 21 enheter/uke for menn. Episodisk høyt alkoholforbruk, AUDIT-C
- Fysisk inaktivitet ≤ 30 min moderat til hard fysisk aktivitet daglig)
- Røyking daglig, uansett mengde
- Overvekt KMI ≥ 25 , livvidde ≥ 80 cm for kvinner, ≥ 92 for menn
- Risiko for underernæring vekttap, nedsatt næringsinntak, KMI $\leq 20,5$, eller svært stress-metabol

Dette er opplysninger basert på basale journalopplysninger som oppfyller kravene til indikatorer iht. til de internasjonale WHO-standarder for helsefremmende sykehus – PRIKK modellen, også brukt i ”Helsedøgnet”(Oppedal et al., 2010). Spørreskjemaet som var brukt i undersøkelsen (Vedlegg 1), var tilpasset pasienter med psykiske lidelser, både med hensyn til inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier.

Etter innhenting av informert samtykke og skriftlig samtykke, ble opplysninger om helserisiko i forhold til de fem helsedeterminantene forelagt pasienten og svarene notert på eget skjema.

Pasienter som ikke kjente høyde og vekt, fikk hjelp til dette, og livvidde ble også målt. Helsedeterminantene er basert på den aktuelle situasjon for daglig røyking, vekt og høyde, stressmetabol ble innhentet, mens de øvrige spørsmål om underernæring relaterer seg til den siste uke og siste tre måneder. Spørsmålet om stressmetabol viste seg å være uaktuelt for pasienter med psykiske lidelser. Videre var spørsmålet om fysisk aktivitet basert på den siste måneden, og om alkoholbruk omfatter den siste måneden så vel som det siste året.

3.3.2 Undersøkelsesenhetsenhet å forske i eget felt

Min erfaring er sykepleier, og jeg har vært både leder og vanlig sykepleier både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. De siste ti årene har jeg vært leder på et DPS som er en del av psykiatrisk divisjon på Stavanger Universitetsjukehus. Der har jeg vært sentral i prosesser fra avvikling av psykiatrisk sykehjem til etablering av et mer aktivt allmennpsykiatrisk behandlingstilbud.

Veilederen *Med blikket vendt mot kommunene og sykehusstilbudet i ryggen*

(Shdir., 2006) gir råd og veiledning for å utvikle det desentrale psykiatritilbudet på spesialistnivå, og har vært et aktivt redskap for meg i utformingen av dette tilbudet. En av forutsetningene for å kunne utvikle et desentralt tilbud er et utstrakt samarbeid med kommunene og bistand av sykehus tjenester når oppgavene på senteret tilsier det.

I dette skjæringsfeltet ligger min arbeidserfaring som leder, og her fattet jeg interesse for dette forskningsarbeidet. Jeg ønsket å videreutvikle brukermedvirkningsarbeidet på senteret ved å sette mer søkelys på blant annet utvikling av et mer mestringsfokusert tilbud til pasientene. Videre ønsket jeg å bistå i utviklingen av det helsefremmende arbeidet i sykehuset med bakgrunn i at psykiatrisk divisjon er medlem av helsefremmende sykehus (HPH).

Jeg ønsket meg en praksisnær undersøkelse, der jeg som leder i ettertid kunne benytte meg av noen av de innsamlede data for å utvikle tjenestetilbudet blant pasienter med psykiske lidelser.

Kriteriene for mitt valg av undersøkelsesenhetsenhet:

- Eget praksisfelt
- Liten oversiktlig enhet
- Motivasjon i mitt lederteam til å gjennomføre undersøkelsen
- Engasjement hos ansatte og pasienter til å gjennomføre undersøkelsen
- Ville være en målrettet faglig utvikling av tilbudet på senteret

Da jeg som leder på senteret skulle undersøke på egen arbeidsplass, innebar det avveiningen mellom det nære forholdet jeg hadde til praksisfeltet, min posisjon, og den distanse som var nødvendig i dette forskningsarbeidet. Jeg brukte derfor mye tid på informasjonsarbeidet hvor jeg tydeliggjorde min rolle både overfor ansatte og pasienter.

Som daglig leder skulle jeg ikke delta i selve intervjuet, da de relasjonene som skulle studeres ikke var preget av at jeg som forsker skulle være til stede (Thagaard, 1998). Videre i informasjonsarbeidet vektla jeg hensikten med prosjektet, pasientenes anonymitet og at pasientene kunne takke nei til å delta i hele prosessen uten at dette ville få konsekvenser for pasientbehandlingen. Jeg understreket også at ingen måtte føle press til å delta, men at jeg samtidig ønsket deltakelse for å få størst mulig pasientgrunnlag for å kunne få frem noen tendenser av det innkomne materialet.

At prosjektet var så godt forankret i ledelsen på senteret, kan kanskje ha betydning for svarprosenten, eksklusjonsantallet, metodeutviklingen og motivasjonen gjennom hele prosjektet? Jeg opplevde min forankring som nyttig i motivasjonsarbeidet, og signalene fra ansatte, intervjuere og pasienter har ensartet vært positive. Som en pasient sa: ”Utrolig at ledelsen setter fokus på det som jeg har erfart virker i behandlingen av min sykdom”.

3.3.3 Nødvendige tilpasninger av Helsedøgnet

Tre ansatte pluss daglig leder deltok på den opplæring som sykepleierstudentene fikk i forkant av undersøkelsen i Helsedøgnet. Det var nyttig opplæring i metoden både for å få den nødvendige øvelsen i å intervju, og for å få innsikt i hvordan spørsmålene burde stilles for å ivareta pasientene med respekt. Vi fikk videre kunnskap om informert samtykke, om eksklusjonskriterier og inklusjonskriterier og viktigheten av å ivareta pasientens integritet.

En måned før undersøkelsen skulle finne sted, ble det arrangert felles undervisning på senteret, både for merkantilt personell, behandlere og øvrige ansatte. Her ble hensikten med prosjektet formidlet, spørreskjemaet detaljert gjennomgått, informert samtykke og informasjonsskrivet til pasientene ble også nøye gjennomgått. Etter ønske fra både ansatte og behandlere ble kopi av spørreskjemaet utlevert.

Hensikten var å øve på å intervju hverandre, og for å ha den nødvendige kunnskap om spørsmålene som skulle stilles til pasientene i undersøkelsen, slik at en skulle kunne informere pasientene.

Ca. et par uker før undersøkelsen, skulle finne sted ble det hengt opp informasjonsskriv på flere sentrale steder på senteret. Her var hensikten å informere både pasienter og deres pårørende om denne kartleggingen som skulle finne sted, slik at de kunne avse den nødvendige tid til undersøkelsen, eller om de ønsket å takke nei til å delta, så var de foreberedt på det. Eget informasjonsskriv og samtykkeskjema ble utarbeidet for denne undersøkelsen (Vedlegg 2).

Merkantilfunksjonen på senteret fikk et spesifikt koordineringsansvar i å formidle de daglige pasientlistene til intervjuerne. Dette var for å sikre at alle pasientene skulle få muligheter til å delta i undersøkelsen, og fordi de har denne oversikten til daglig på senteret. Dette viste seg å være til stor hjelp for intervjuerne, og koordineringen sikret unødig ventetid for pasientene.

Behandlerne hadde en sentral rolle i ekskludering av pasientene, de gav tidlig beskjed til intervjuerne, og ved tvilstilfeller ble dette også diskutert med daglig leder.

Psykisk lidelse var et av eksklusjonskriteriene i Helsedøgnet, noe som gjorde det nødvendig for meg å endre eksklusjonskriteriene og å tilpasse det til min målgruppe, som jo var pasienter med psykiske lidelser.

Følgende eksklusjonskriterier ble valgt: psykotiske, innlagt på tvang, de som opptrådte rusa, de med psykisk utviklingshemming, pasienter med akutte forvirringstilstander, pasienter med redusert autonomi og pasienter med språkbarriere.

3.4 Prosedyre

Hver dag i forkant av intervjuene hadde intervjuerne sammen med daglig leder en felles samling. Der ble erfaringer fra dagen før oppsummert, pasientlistene gjennomgått, ekskluderingspasientene registrert, og koordinert og fordelt pasienter med timeavtaler for påfølgende dag.

Undersøkelsen krevde en del organisering spesielt når det gjaldt de polikliniske pasientene. Mange kommer hit til konsultasjon på samme tidspunkt, og tida for dem kan være tilmålt med hensyn til både jobb, familie og skole. Godt samarbeid med behandlerne førte til at enkelte avsatte litt av konsultasjonstida til denne undersøkelsen.

Det ble registrert at noen av pasientene takket nei til undersøkelsen med bakgrunn i spørsmålet som omhandlet vekt og livvidde. De syntes det var ubehagelig å svare på hvor mye de veide og ønsket heller ikke å måle livvidden.

Døgnerheten hadde 14 plasser, og det var få innskrivninger og utskrivninger i løpet av disse fem dagene undersøkelsen pågikk. Mange ble her ekskludert, noe som nok gjør materialet fra døgnposten noe begrenset.

Intervjuerne gav tilbakemelding om at spørreskjemaet inneholdt mange spørsmål om alkohol, og at de syntes det hadde vært mest hensiktsmessig at spørsmålet om alkoholenhetsverdiene startet med den laveste verdiene (9 K og 14 M) for så å avslutte med den høyeste alkohol enhetsverdien (14 K og 21 M). Også KMI-verdiene i skjemaene ble sett på som upresis for verdiene 20,5 og 25,5. Vi bestemte oss for å forholde oss til disse verdiene på følgende måte: $KMI \leq 20,5$ og $KMI \geq 25,5$.

3.4.1 Informasjon om undersøkelsen

Fire ansatte (ergoterapeut, helsesekretær, legestudent og politistudent) fikk opplæring spesifikt for å bidra med datainnsamlingen. Disse ble rekruttert til denne oppgaven ut fra sine stillingsforhold på senteret og for å bidra til den nødvendige trygghet og tillit for at pasientene skulle takke ja / nei til undersøkelsen under hele prosessen. De hadde lang fartstid i psykiatrien og innehadde ikke noe behandleransvar på senteret.

Videre ble det informert om prosjektet på personalmøter både til behandlere, miljøpersonell og merkantile på senteret. Undersøkelsen ble videre markedsført både ved hjelp av informasjonsskriv internt på senteret og også gjennom den lokale pressen. Nøkkelpersoner som merkantile fikk et særskilt ansvar for å tilrettelegge for at personer som kom på poliklinikken, hadde fått den nødvendige informasjon slik at de kunne sette av nok tid til undersøkelsen eller evt. takke nei. Da denne institusjonen er så liten, hadde den merkantile funksjonen denne oversikten. Frukt ble servert på venterommet daglig i denne uka undersøkelsen pågikk, ment for å markere at dette var en "Helseuke".

Døgnpasienter hadde en egen dag for undersøkelsen, og avdelingsleder på posten hadde videre i uka et spesifikt ansvar for å melde fra til intervjuerne om det kom nye pasienter for innleggelse.

To kontorer ble benyttet til intervjuene. Disse var strategisk valgt med hensyn til beliggenhet i poliklinikken. De var merket med "Helseuka", og både personalet og pasientene så da lett hvor intervjuerne befant seg.

Alle pasientene i prosjektet fikk muntlig og skriftlig informasjon for å kunne samtykke før inklusjon, og intervjuerne sikret før intervjuet at pasienten hadde forstått informasjonen som var gitt, før samtykkeskjemaet og spørreskjemaet ble utfyllt.

3.4.2 Utvalg

Et lite, oversiktlig DPS, som en del av psykiatrisk divisjon og Stavanger Universitetssjukehus, og med et opptaksområde på ca 23.000 innbyggere ble valgt som undersøkelsesenheter. For at populasjonen skulle være representativ, var fem dagers studie det mest hensiktsmessige. Med en døgnkapasitet på 14 plasser og ca. 24 polikliniske konsultasjoner daglig ville det innebære ca. 150 pasienter for å avspeile populasjonene av pasientene på dette senteret.

3.4.3 Analyse av data

Høyde, vekt, livvidde og sum audit-poeng er målinger på *intervallnivå*, dvs. at verdiene på variablene er konstante, og intervallskalaen er en ratioskala basert på forholdstallsskala eller nullpunktskala (Bjørndal & Hofoss, 2004).

De øvrige variablene er på *nominalt nivå*, dvs. verdiene på variablene er godt definert, kan skilles i ulike kategorier, gjensidig utelukkende, og kan ikke rangeres (Bjørndal & Hofoss, 2004).

Dataskjema, database og analyse ble gjennomført med SPSS 17.0. Det ble gjennomført en frekvensanalyse for hver av helsedeterminantene. Logistisk regresjon ble brukt for å analysere assosiasjoner mellom helsedeterminanter innbyrdes og for variablene alder, kjønn, inneliggende / poliklinisk status og diagnosegruppe. Pasienter med flere risikofaktorer og pasienter uten risikofaktorer ble analysert for de samme variablene. Resultatene ble oppgitt som odds ratio (OR) med 95 % konfidensintervall, hvor OR var signifikant om KI ikke inkluderte verdien 1.

Det ble foretatt reliabilitetstest av spørreskjemaet og de innsamlede data, hvor intervjuerne enkeltvis og samlet gav en muntlig tilbakemelding.

3.4.4 Nødvendige tilpasninger av Helsedøgnet.

Studien gikk over fem dager fra klokka 08.00-15.00 mandag til fredag. Det var begrunnet i et ønske om å avspeile populasjonen på dette utvalgte senteret. Med om lag 30 pasienter som daglig var innlagt på senteret, ville 5 dagers studie gi et pasientgrunnlag på ca. 150 pasienter noe som var ansett for å være tilstrekkelig for å avspeile populasjonen, og for å foreta noen enkle statistiske målinger.

Daglig ansvarlig var til stede på senteret hele uka, og prosjektleder var tilgjengelig på telefon under hele datainnsamlingen.

Ekskludering av pasienter ble gjort både av behandlere og av intervjuerne. Eget skjema ble utfyllt også på dem, og de er med i det statistiske materialet for ekskluderte pasienter.

Når datoene for undersøkelsen var bestemt, ble det ca. en måned før undersøkelsestidspunktet avholdt informasjonsmøte både for behandlere og øvrige ansatte.

Dette skapte engasjement blant ansatte, både på egen helse og i forhold til pasientenes helse.

Det ble også inngått avtale med et lokalt treningssenter i området for å gi pasientene tilbud om fysisk aktivitet som et alternativ til eller i tillegg til behandlingstilbudet.

3.4.5 Ethiske betraktninger

Undersøkelsen var i tråd med Helsinki-deklarasjon (2000) og ble godkjent av Regional etisk komité datert 26.11.2009 (2009 /2184)(Vedlegg 3).

Fem til femten minutter pr. pasient tok undersøkelsen, og betenkningstiden var kanskje noe kort da pasientene måtte beslutte hvorvidt de vil delta med det samme. Behandlerne hadde en sentral rolle og var ansvarlige for å vurdere samt innhente informert samtykke. Dette bygger på deres relasjoner til pasienten samt den tryggheten og respekten som der foreligger. Behandlerne, ansatte og intervjuerne fremstilte dette på en fordomsfri måte, noe de hadde fått informasjon om og øvelse i. Dette bidro til å gi deltakerne de beste muligheter for å vurdere om de ville være med.

Behandlerne, leger, psykologer eller psykiatriske sykepleiere i avdelingene identifiserte pasienter med manglende eller redusert samtykkekompetanse eller redusert autonomi, slik at disse på eget skjema ble ekskludert fra undersøkelsen. Disse ble ikke unødig forstyrret av denne undersøkelsen.

Undersøkelsen kom for noen brått på i en travel hverdag. Enkelte av dem takket dermed nei til denne undersøkelsen.

Det ble informert om at samtykke kunne trekkes tilbake på ethvert tidspunkt uten begrunnelse og uten at det ville få konsekvenser for pasienten i avdelingen.

Psykotiske, de som var innlagt på tvang og de som hadde både rus og psykiske lidelser og som var rusa, de med psykisk utviklingshemming, pasienter med akutte forvirringstilstander, pasienter med redusert autonomi og pasienter med språkbarriere, ble særlig ivaretatt og vurdert med hensyn til samtykkekompetanse. Eksklusjonskriteriene er forsøkt tilpasset pasienter med psykisk lidelse.

Det var ingen uventede hendelser og pasientene var dekket av pasientskadeerstatningen.

Alle innhentede data ble avdentifisert ved hjelp av prosjektnummer. Kodelisten med prosjektnummer og personidentifiserbar informasjon ble oppbevart adskilt og avlåst fra øvrige data. Kun prosjektleder og daglig ansvarlig hadde tilgang til kodelisten. Aidentifiserte data ble skannet inn i en forskningsbase, som tillater statistisk analyse i etterkant.

En måned etter gjennomføring av ovennevnte innhentet daglig ansvarlig pasientens utskrivingsdiagnoser fra elektronisk pasientjournal og koblet disse aidentifiserte til de relevante data i databasen. Dataskjema, database og analyser ble gjennomført med SPSS 17.0. Kodelisten med prosjektnummer og personidentifiserbar informasjon vil bli slettet ved prosjektslutt og senest innen juni 2010.

3.4.6 Undersøkelsens validitet og reliabilitet.

Undersøkelsens ytre validitet (om dataene er generaliserbare) vil være påvirket av reliabiliteten og den indre validiteten til sammen.

Reliabilitet handler om forskningens pålitelighet, og validitet er knyttet til spørsmålet om forskningens gyldighet. Begrepet overførbarhet er knyttet til om de tolkningene som er gjort på en enkel undersøkelse også kan gjelde i andre sammenhenger (Thagaard, 1998). Høy reliabilitet er en viktig forutsetning for å oppnå høy validitet, men vil bare være et middel for å sikre validiteten (Friis & Vaglum, 1998)

Reliabilitet

Reliabilitet handler om hvor pålitelige dataene er. Forskeren må se på hvilke data som er brukt, og hvordan de er innsamlet og bearbeidet. Reliabilitet er spørsmål om hvor nøyaktig det er målt (Friis & Vaglum, 1998), og videre om man lykkes i å registrere og å måle det man ønsker på en tilfredsstillende og pålitelig måte (Skog, 2004).

Spørreskjemaet i min undersøkelse var basert på de spørsmålene som var brukt og validert i ”Helsedøgnet”(Oppedal, et al., 2010). Dette skjemaet er utarbeidet blant pasienter med somatiske lidelser i sykehus og måtte derfor tilpasses min pasientgruppe med valgte inklusjonskriterier, eksklusjonskriterier og inndelinger i diagnosegrupper. De øvrige dataene i skjemaet har de samme variablene med de samme verdiene og vil dermed danne grunnlaget for de sammenligninger som er gjort mellom disse undersøkelsene.

Målingene og registreringene er gjort etter samme metode som i ”Helsedøgnet”(Oppedal et al., 2010), men også her med visse tilpasninger. I min undersøkelse er det gitt mer systematisk informasjon både til intervjuerne, behandlerne og øvrige ansatte. De fikk opplæring i spørreskjemaet, og på eget initiativ pågikk øvelser i avdelingene ved å intervju hverandre ved hjelp av det tilpassede spørreskjemaet.

Valg av intervjuere var basert på at det skulle være kjente ansatte, de skulle ha den nødvendige kunnskap og videre den nødvendige erfaring med psykiske lidelser. Dette var for å skape den nødvendige trygghet og for å ivareta den enkeltes pasients integritet.

Sentrale avveininger ble her gjort for at en på den ene siden skulle ivareta den enkeltes anonymitet og på den andre siden møte den enkelte med respekt. Bekreftelse på valget som her var gjort, var at enkelte pasienter gav tilbakemeldinger om at de kun ville intervjues viss det var en kjent ansatt. Ellers ble det ikke registrert noen kritiske tilbakemeldinger fra pasientene på denne undersøkelsen.

En dag var avsatt til å intervju døgnpasienter, videre informerte avdelingsleder intervjuerne ved nye innleggelser i løpet av hele uka. Kun 9 døgnpasienter inngikk i undersøkelsen. Det er et lite materiale av data til å foreta sammenligninger og se sammenhenger i, men det kan vise noen tendenser som en større undersøkelse blant pasienter med psykiske lidelser kan avkrefte eller bekrefte. Jeg vil her påpeke at døgnposten har en kapasitet på 14 plasser og mange av pasientene har en kronisk sykdom og er til tider veldig syke. Dette kan være en del av forklaringen på den forholdsvis høye ekskluderingsprosenten på 53 %.

Videre varte undersøkelsen i fem dager, og på poliklinikken krevde det en viss koordinering av pasientstrømmen. Mange av pasientene har her konsultasjonstid på 45 minutter og kommer dermed samtidig ut fra behandlingstimen. Dermed måtte listene over pasientene fås av merkantilt personell på morgenen, og gjennomgås for å sikre at intervjuerne internt koordinerte hvem den enkelte hadde ansvar for å intervju.

Dette kunne lette føre til at pasientene kunne bli presset til å delta, mens på andre siden hadde vi erfaringer fra "Helsedøgnet" hvor en del av pasienter ikke ble spurt om deltagelse, og derfor ikke kom med i undersøkelsen. Vi prøvde å ha fokus på at informasjonen om selve undersøkelsen skulle vekke nysgjerrighet, og pasienten kunne under hele intervjuet takke nei til deltakelse.

Intern validitet

Innholdsvaliditet er eksempelvis spørsmålet som blir stilt (Friis & Vaglum, 1998).

Spørreskjemaet var av en slik karakter at det var vanskelig å registrere KMI som hadde verdien 20,5 og 25,5. Vi ble her enige i vår undersøkelse om at vi målte som om $KMI \leq 20,5$, $KMI \geq 25,5$. Dette kan ha hatt betydning for hvordan dataene er registrert sammenlignet med hvordan studentene valgte å håndtere denne måleenheten i Helsedøgnet.

Jeg la videre dataene inn i en SPSS 17.0-fil for å foreta analysen. Dermed ble jeg godt kjent med dataene før jeg skulle foreta de nødvendige analyser. Skjemaene med kodelister var systematisk og nøye utfylt av intervjuerne, og ingen ufullstendige skjemaer ble her registrert. Jeg har kontrollert i to omganger om dataene er riktig innlagt i databasen.

Kriterieorientert validitet vurderes ved å beregne samvariasjonen mellom skåren på en test (Friss & Vaglum, 1998). I denne undersøkelsen har jeg ved hjelp av SPSS 17.0 gjort en frekvensanalyse, foretatt krystabeller og korrelasjoner av det innkomne datamaterialet. Disse er sammenlignet med dataene fra undersøkelsen i Helsedøgnet.

Reliabiliteten kan også sees på som en del av den interne validiteten, da den gjelder holdbarheten og generaliserbarheten av konklusjonene (Friis & Vaglum, 1998).

Validitet

Gyldige funn eller sammenhenger kan være til nytte i virkelighetens verden viss de har overføringsverdi til personer eller problemer vi beskjeftiger oss med (Bjørndahl & Hofoss, 2004). Det kan konkluderes med at funn er valid når en har vurdert disse faktorene. Hvis funnene er ugyldige kan vi spare oss arbeidet med å vurdere om det kan ha overføringsverdi og om det har praktisk betydning (Børndal & Hofoss, 2004).

Helse- og livsstilsfaktorer og innvirkningen av dem på vår helsetilstand har et økende samfunnsmessig fokus, og pasienter med psykiske lidelser er vel som oss alle også opptatt av egen helse? Dermed er denne undersøkelsen høyaktuell og har en nytteverdi i den virkelige verden.

På hvilken måte vi bør kartlegge helse- og livsstilsvaner blant pasienter med psykisk lidelse for å kunne identifisere risikopasienter basert på fem helsedeterminanter, har denne undersøkelsen søkt å finne svar på.

Risikopasienter i mitt materiale kan ikke generaliseres til andre pasienter enn dem som er innlagt på senteret, da det er dem denne populasjonen var ment å kunne avspeile. Videre er metodens anvendbarhet vurdert for en videre og mer omfattende undersøkelse blant pasienter med psykiske lidelser.

Sammenligningene var mellom pasienter med somatiske lidelser på sykehus og pasinter med psykiske lidelser innlagt i et DPS. Liggetiden og sykdomsforløpet kan her være noe forskjellig da pasientene på sykehuset har forholdsvis kortere liggetid og noe mer akutte innleggelser, enn i DPS.

Videre er det gjort statistiske sammenligninger og sett på statistiske sammenhenger mellom pasienter på poliklinikken og pasienter innlagt for døgnbehandling. Der er datamaterialet noe ulikt fordelt, men kan vise noen skjevheter som kan være av betydning for sammenligninger ved ytterligere større undersøkelser.

Frekvensfordeling, krystabeller, korrelasjoner og regresjonsanalyser er gjort i denne undersøkelsen og vil kunne etterprøves ved lignende undersøkelser.

4.0 PRESENTASJON AV FUNN FRA DPS OG FRA HELSEDØGNET

For å identifisere risikopasienter (basert på fem helsedeterminanter) blant pasienter med psykiske lidelser på et DPS, var det spørreskjemaet som var brukt i undersøkelsen blant somatiske pasienter i sykehus (Oppedal et al., 2010), tilpasset til denne undersøkelsen. Videre ble også en del andre metodiske tilpasninger gjort som kan ha påvirket de registrerte resultatene i spørreskjemaene.

En viktig del av denne oppgaven var å finne ut hvorvidt den metoden som var brukt i Helsedøgnet, var anvendbar blant pasienter med psykisk lidelser. Mine funn fremstår her som et resultat av disse tilpasningene og vil i dette kapitlet fortløpende bli fremstilt parallelt med resultatene fra Helsedøgnet.

Denne fremstillingen er valgt da alle analysene av dataene i DPS-undersøkelsen var de samme som var gjort i Helsedøgnet, og ved å sammenligne disse to undersøkelsene fortløpende ville både likheter og ulikheter komme frem på en strukturert og oversiktlig måte.

Det ble i DPS-undersøkelsen foretatt en reliabilitetstest av de innsamlede data, hvor intervjuerne enkeltvis og samlet gav en muntlig tilbakemelding om de vanskelighetene det hadde vært ved registreringen i spørreskjemaet.

Overvekt og underernæring ble nærmere presisert med over og er lik for verdiene. Tilbakemeldingen var enslydende på at det var mange spørsmål om alkohol, og at om en skulle stille supplerende spørsmål om alkohol kunne kanskje verdien 9/14 komme før verdien 14 /21. Videre ble de innsamlede data opptil flere ganger kontrollert for riktige registreringer i dataprogrammet SPSS 17.0.

4.1 Frafall

Totalt 149 pasienter fylte inklusjonskriteriene, mens det var 110 pasienter som inngikk i analysen. Se figur 2. for studieprofil (Vedlegg 4).

Helsedøgnet viste en fordeling hvor 2.930 pasienter var vurdert for inklusjon, 2.350 fylte inklusjonskriteriene, mens det var 1.522 pasienter som inngikk i analysen.

I DPS-undersøkelsen var det 6 spørreskjema hvor det ikke var registrert komplette opplysninger. I 5 av spørreskjemaene ønsket ikke pasientene å oppgi eller få målt sin egen høyde, vekt eller livvidde. I ett spørreskjema var det spørsmålet om alkohol som pasienten ikke ønsket å svare på.

I Helsedøgnet var det 22 spørreskjema hvor det ikke var registrert komplette opplysninger om en eller flere helsedeterminanter. Det var her oftest begrunnet med at pasientene ikke kjente sin egen vekt, og at det var vanskelig å mobilisere pasientene slik at vekt og livvidde kunne måles.

I begge undersøkelsene ble pasienter med ukomplette opplysninger ekskludert fra relaterte analyser, men beholdt i de øvrige.

I DPS ble 39 pasienter ekskludert fra det totale utvalget på 149 pasienter mot i Helsedøgnet 826 pasienter ble ekskludert av totalt 2.350 pasienter.

Tabellen nedenfor viser hvordan de ekskluderte pasientene fordelte seg på avdelingene i de to undersøkelsene:

Pasienter som ikke ønsket å delta DPS	N = 39	Pasienter som ikke ønsket å delta Helsedøgnet	N = 826
Inneliggende	23,1 % (n = 9)	Inneliggende	43 % (n = 352)
Poliklinikk	76,9 % (n = 30)	Poliklinikk	54 % (n = 445)
Ukjent	0 %	Ukjent	3 % (n = 29)
Prosentandel ekskludert (n = 149)	26,2 %	Prosentandel ekskludert (n = 2.350)	35,2 %

Tabell 2: Pasienter som ikke ønsket å delta.

I DPS-undersøkelsen var det langt flere pasienter på poliklinikken enn i døgnposten som ble ekskludert. Det var den samme tendensen i Helsedøgnet bare ikke med så store variasjoner.

Frafallet i DPS-undersøkelsen var på 39 (26,2 %) mot i Helsedøgnet, der frafallet var på 826 (35,2 %) pasienter.

Grunn for ekskludering i DPS-undersøkelsen av de totalt 39 pasientene er skissert i egen tabell nedenfor:

(N = 39)

Grunn for ekskludering i DPS	Antall pasienter
Ønsker ikke å delta	34
Manglet samtykkekompetanse	4 (Psykotisk)
Språkbarriere	1
Total	39

Tabell 3: Grunn for ekskludering

Her ser vi at hele 34 av de totalt 39 pasientene som ble ekskludert ønsket selv ikke å delta i undersøkelsen. 30 av disse var pasienter på poliklinikken, og 9 var på døgnposten. Av de 4 pasientene som manglet samtykkekompetanse, var totalt 3 av pasientene fra døgnposten. Den av pasientene som hadde språkbarriere, kom fra poliklinikken. Hele 31 av pasientene ble ekskludert av intervjuer, og de resterende ble ekskludert av behandler.

De som ble ekskludert av behandler, ble registrert på eget skjema hvor intervjuer fylte ut årsak til ekskluderingen og hvem som var ansvarlig for ekskluderingen.

Ekskluderte fordelt på kjønn viste totalt 25 kvinner og 14 menn. 22 kvinner på poliklinikken og 3 på døgnposten, 8 menn på poliklinikken og 6 på døgnposten.

4.2 Karakteristika ved pasientgruppen

I DPS-undersøkelsen var det totalt 110 pasienter som inngikk i analysen mot i Helsedøgnundersøkelsen totalt 1522 pasienter som var inkludert i undersøkelsen..

Fordelingen av pasientene som inngikk i analysen fra DPS-undersøkelsen og undersøkelsen i Helsedøgnet, er skissert nedenfor:

Inkluderte pasienter	N = 110	Inkluderte pasienter	N = 1522
DPS		Helsedøgnet	
Inneliggende	8,2 % (n = 9)	Inneliggende	50 % (n = 761)
Poliklinikk	91,8 % (n = 101)	Poliklinikk	48 % (n = 730)
Ukjent	0 %	Ukjent	2 % (n = 31)
Prosentandel inkluderte pasienter (n = 149)	73,8 %	Prosentandel inkluderte pasienter (n = 2.350)	64,8 %

Tabell 4: Karakteristika av inkluderte pasienter

I DPS viste undersøkelsen et utvalg på kun 9 pasienter i døgnposten, mens i Helsedøgnundersøkelsen var prosentandelen pasienter på døgnposten og poliklinikken noenlunde likt fordelt.

Andelen kvinner og menn i disse to undersøkelsene er skissert i tabell nedenfor:

Inkluderte pasienter	N = 110	Inkluderte pasienter	N = 1522
DPS		Helsedøgnet	
Kvinner	62,7 % (n = 69)	Kvinner	46 % (n = 700)
Menn	37,3 % (n = 41)	Menn	54 % (n = 815)
Ukjent	0 %	Ukjent	0 % (n = 7)

Tabell 5: Karakteristika kjønn av inkluderte pasienter

I DPS-undersøkelsen viste fordelingen flest kvinner, mens i Helsedøgnsundersøkelsen var andelen menn noe større.

I DPS viste fordelingen på poliklinikken 64 kvinner og 37 menn, og på døgnposten var det 5 kvinner og 4 menn.

Alderspredningen i de to undersøkelsene er her som skissert nedenfor:

	DPS	Helsedøgnet
18-29	21,8 % (24)	10 %
30-39	28,2 % (31)	8 %
40-49	28,2 % (31)	13 %
50-59	18,2 % (20)	18 %
60-69	1,8 % (2)	21 %
70-79	1,8 % (2)	19 %
80- 89	0 %	10 %
90+	0 %	

Tabell 6: Karakteristika alderspredning

Gjennomsnittsalderen blant alle pasientene i DPS viste ved hjelp av deskriptive mean 39,74 + minus SD på 12,0. For kvinnene var 38,3 + minus SD 12,9, og for mennene viste alderen 42,2 med standardavvik på + minus 10,2.

I Helsedøgnsundersøkelsen viste den gjennomsnittlige alderen 58 år.

De fleste pasientene i DPS-utvalget var å finne i alderen 30-49, mens det i Helsedøgnet var flest pasienter i alderen mellom 50 og 69 år.

Fremstilling av hvordan diagnosene fordelte seg på avdelingene er skissert ved hjelp av en krystabell mellom diagnose og avdeling:

Diagnose * Avdeling Crosstabulation

Count

		Avdeling		Total
		poliklinikk	døgn	
Diagnose	F 20 - 29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	1	1	2
	F 30 - 39 Affektive lidelser	20	4	24
	F 40 - 48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	32	1	33
	F 60 - 69 Personlighet og adferdsforstyrrelser	17	2	19
	Andre	31	1	32
Total		101	9	110

Tabell 7: Krystabell mellom avdeling og diagnose.

Krystabell kjønn og diagnose viste videre 2 menn som hadde schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser, 10 kvinner og 14 menn som hadde affektive lidelser, 21 kvinner og 12 menn som hadde nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser, 16 kvinner og 3 menn hadde personlighets- og adferdsforstyrrelser, og 22 kvinner og 10 menn var i kategorien andre diagnoser.

4.3 Forekomsten av den enkelte helsedeterminant

Identifisering av risikopasienten var basert på fem utvalgte helsedeterminanter: underernæring, overvekt, fysisk inaktivitet, daglig røyking og over 14 / 21 alkoholenheter i uka.

I DPS-undersøkelsen var (104) 97 % identifiserte risikopasienter, eller praktisk talt nærmere bestemt nesten alle. I Helsedøgnet var 91 % identifiserte risikopasienter, ni av ti hadde minst en risikofaktor relatert til sin ernæringstilstand eller livsstil.

I DPS hadde nesten en tredjedel (69,3 %) av pasientene mer enn en risikofaktor (Vedlegg 5), og i Helsedøgnet hadde over halvparten av pasientene mer enn en risikofaktor (57 %).

Overvekt

Identifisering av pasienter med overvekt var i denne undersøkelsen basert på $KMI \geq 25 \text{ kg / m}^2$ og en livvidde ≥ 80 for kvinne og ≥ 94 for menn.. Svarte pasientene ja på et av disse spørsmålene, ble de identifisert som risikopasienter for overvekt. Fedme er også registrert her ved $KMI \geq 30 \text{ kg / m}^2$.

Risiko basert på determinanten for overvekt i DPS og i Helsedøgnet og fordelingen kvinner og menn er skissert i egen tabell nedenfor:

Overvekt	DPS (n = 106)	Helsedøgnet (n = 1513)
Alle pasienter	70,8 %	67,5 %
Kvinner	71,2 %	70,6 %
Menn	70 %	65,5 %

Tabell 10: Frekvens av helsedeterminanten for overvekt

Hele 75 av pasientene i DPS var overvektige. Ved undersøkelsen i Helsedøgnet var prosentandelen av pasienter med risiko for overvekt noe lavere.

Ved DPS var 68 pasienter på poliklinikken overvektige, mens det var 7 av 10 pasienter på døgnposten som var identifiserte risikopasienter. 43 av pasientene med risiko var i alderen 30-50 år. Diagnosene som dominerte for disse risikopasientene, var nevrotiske belastningsrelaterte somatoforme lidelser.

Analyse på spørsmålet om overvekt ved en BMI ≥ 25 kg /m² viste fordelingen:

Overvekt	DPS (n = 106)	Helsedøgnet (n = 1513)
KMI ≥ 25 kg /m ²	60,2 %	51 %
KMI ≥ 30 kg/m ²	24 %	18 %

Tabell 11: Frekvens av overvekt basert på verdien KMI ≥ 25 Kg /m²

DPS-undersøkelsen viste 38 menn og 27 kvinner med KMI ≥ 25 kg /m², 58 av pasientene var på poliklinikken, og 7 av pasientene var på døgnposten. 23 av pasientene hadde diagnosene nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser.

Totalt hadde 26 (24 %) av pasientene fedme med KMI på 30 kg /m² mot 18 % av pasientene i Helsedøgnet hadde risiko for fedme.

I DPS-undersøkelsen viste risikoen for fedme seg for flest kvinner, 20 pasienter på poliklinikken og 6 på døgnposten. 10 av pasientene var i alderen 40-49 år.

Underernæring

Identifisering av pasienter i risiko for underernæring var basert på høyde og vekt og ble målt av intervjuerne på dem som ikke kjente sine egne verdier. Deretter ble KMI utregnet og risikoverdien for underernæring hadde verdien KMI $\leq 20,5$ kg / m². Videre ble det registrert ”ned i vekt i løpet av de tre siste måneder”, og ”spist mindre enn en pleier den siste uka”. Pasientene var i risiko dersom det ble svart ja på et av disse punktene.

Nedenfor viser forekomsten av identifiserte risikopasienter basert på determinanten for underernæring for alle pasientene i DPS og i Helsedøgnet og videre hvordan fordelingen viste seg mellom kvinner og menn:

Underernæring	DPS (n = 107)	Helsedøgnet (n = 1515)
Alle pasienter	58,9 %	43,4 %
Kvinner	68,2 %	47,9 %
Menn	43,9 %	40,5 %

Tabell 8: Frekvens av helsedeterminanten for underernæring

I DPS var pasientene i større risiko for underernæring enn i Helsedøgnet, og kvinnene var i større risiko enn mennene.

I DPS var 55 av pasientene tilknyttet poliklinikken og hele 8 (av totalt 10) pasienter kom fra døgnposten. 20 av pasientene var i alderskategorien 30-39 år. De fleste av pasientene hadde affektive, nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme diagnoser.

Valgt ut fra at dette var en analyse kombinasjon som var gjort i Helsedøgnet, er underernæring basert på $KMI \leq 20,5 \text{ kg/m}^2$ og videre prosentandelen vekttap sist måneden og eller matinntak den siste uken i DPS-undersøkelsen og Helsedøgnet på alle pasientene, fremstilt som følger:

Underernæring	DPS (n = 107)	Helsedøgnet (n = 1515)
$KMI \leq 20,5 \text{ Kg/m}^2$	20,6 %	10 %
Vekttap siste måned og eller nedsatt matinntak den siste uka.	35,9 %	33 %

Tabell 9: Detaljert forekomst av risiko for underernæring

I DPS hadde 11 kvinner og 2 menn KMI under eller lik $20,5 \text{ kg/m}^2$. Kun en av de 13 pasientene var på døgnposten, og de fordelte seg i alderen 18-59 år, hvor hele 5 av pasientene var i alderen 18-29 år. Diagnosespredningen lå mellom affektive og nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser.

Fysisk inaktivitet

Identifisering av risikopasienter på området fysisk inaktivitet omhandlet intervju på spørsmålet om fysisk aktivitet basert på sum daglig aktivitet med puls-stigning (arbeid eller fritid) mindre enn 30 minutter pr. dag.

Forekomsten av fysisk inaktivitet fordelt på kjønn fra undersøkelsen i DPS og i Helsedøgnet viser denne fordelingen:

Fysisk inaktivitet	DPS (n = 110)	Helsedøgnet (n = 1509)
Alle pasienter	40,9 %	37,7 %
Kvinner	44,9 %	37,8 %
Menn	34,14 %	38,3 %

Tabell 12: Frekvens av helsedeterminant for fysisk inaktivitet

I DPS var 31 kvinner og 14 menn inaktive. 41 av pasientene på poliklinikken og 4 av pasientene på døgnposten. Undersøkelsen viste ikke til at det var noen spesifikk aldersrisiko forbundet med fysisk inaktivitet. Diagnosene som dominerte blant pasienter med denne risikoen, var nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser.

Daglig røyking

Identifikasjon av risikopasienter på området røyking var basert på spørsmålet om daglig røyking. Pasienter som nylig hadde sluttet å røyke, var her ikke å regne som daglig røyker.

Undersøkelsen i DPS og undersøkelsen i Helsedøgnet for daglig røyking og kjønn viste følgende fordeling:

Daglig røyking	DPS (n = 47)	Helsedøgnet (n = 1514)
Alle pasienter	42,7 %	19,3 %
Kvinner	34,7 %	17,6 %
Menn	56,1 %	20,9 %

Tabell 13: Frekvens av helsedeterminant for daglig røyking

Prosentandelen røykere i min undersøkelse var betydelig større enn for undersøkelsen i Helsedøgnet. I DPS-undersøkelsen viste det seg også som i Helsedøgnsundersøkelsen at det er færre menn enn kvinner som røyker. Denne forskjellen i prosent er noe større i DPS-undersøkelsen.

Hele 7 av 10 pasienter i DPS innlagt i døgnavdelingen røykte de resterende 40 pasientene var tilhørende på poliklinikken. De fleste som røykte var i alderen 40-49 år, og diagnosefordelingen var nokså lik med flest i kategorien affektive, nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser.

Alkohol

- ***Alkohol over 14 (for kvinner) / 21 (for menn) alkoholenheter i uken***

Identifiserte risikopasienter er her basert på antall dager i uka drukket alkohol og hvor mange enheter alkohol en da vanligvis drakk. Risikopasientene var her definert som $AE \geq 14$ (for kvinner) og 21 (for menn).

Ukentlig forbruk var da dager multiplisert med enheter.

1 enhet tilsvarte: 1 flaske pils / øl, 1 glass vin (12cl)

1 dobbel konjakk, dram, whisky (4cl).

Identifiserte risikopasienter på området alkohol er fremstilt for undersøkelsen i DPS og Helsedøgnsundersøkelsen i tabellen nedenfor:

Over 14 / 21 alkoholenheter i uken	DPS (n = 109)	Helsedøgnet (n = 1515)
Alle pasienter	2,8 %	3,5 %
Kvinner	2,9 %	1,9 %
Menn	2,5 %	5,0 %

Tabell 14: Frekvens av helsedeterminant for alkohol over 14/21 AE

I DPS var det kun 3 av pasientene som ble identifiserte til å være i risiko for over grenseverdien. Andelen kvinner er noe høyere enn for menn.

De 3 pasientene var pasienter på poliklinikken, og 2 av pasientene var i alderen 18-29 år, mens en var i alderen 40-49 år.

- ***Alkohol over 9 (for kvinner) / 14 (for menn) alkoholenheter i uken.***

Identifiserte risikopasienter bygger her på grensen for det svenske folkehelseinstituttet som er $AE \geq 9$ (K) og 14 (M). I spørreskjemaet var dette et av spørsmålene hvor en ønsket supplerende opplysninger om alkoholvanene.

Tabellen nedenfor viser hvordan andelen pasienter fra DPS-undersøkelsen og Helsedøgnsundersøkelsen fordelte seg over denne grenseverdien blant kvinner og menn:

Over 9/14 alkoholenheter i uken	DPS (n = 109)	Helsedøgnet (n = 1515)
Kvinner	8,7 %	4,7 %
Menn	10 %	5,0 %

Tabell 15: Frekvens av helsedeterminant for alkohol 9/14 AE

Kvinneandelen er også her betydelig høyere i DPS-undersøkelsen, 6 av totalt 10 pasienter var kvinner, 9 pasienter på poliklinikken og en i døgnposten, og pasientene var i alderen 18-29 år.

- ***Audit – C***

Audit – C var også supplerende opplysninger om alkohol hvor det periodiske alkoholforbruket ble registrert og identifiserte risikopasienter med en Audit C score ≤ 4 (K) $5 \leq$ (M)

Nedenfor vises hvordan pasientene fra DPS-undersøkelsen og Helsedøgnsundersøkelsen fordelte seg for Audit – C score ≤ 4 (for kvinner) $5 \leq$ (for menn) og hvordan fordelingen var mellom kvinner og menn med denne grenseverdien:

Audit C score ≤ 4 (K) $5 \leq$ (M)	DPS (n = 109)	Helsedøgnet (n = 1515)
Alle pasienter	37,6 %	24 %
Kvinner	39,1 %	21 %
Menn	35 %	26 %

Tabell 16: Frekvens av helsedeterminant for Audit C score over grenseverdi

Audit C score viste i I DPS-undersøkelsen 8 poeng eller mer for 7,3 % av pasientene, mens det gjaldt 5 % av dem i Helsedøgnet.

Hele 11 % av pasientene i DPS hadde et episodisk høyt alkoholforbruk (definert som et alkoholinntak på seks eller flere alkoholenheter ved samme anledning) månedlig eller oftere mot i Helsedøgnet 14 %. Kun 2,8 % i DPS hadde ukentlig episodisk høyt alkoholforbruk (definert som et alkoholinntak på seks eller flere alkoholenheter ved samme anledning) mot i Helsedøgnet 4 %.

4.4 Assosiasjoner mellom helsedeterminantene og mellom alder, kjønn, inneliggende / poliklinikk og diagnose.

Logistisk regresjon ble benyttet for å finne assosiasjoner mellom helsedeterminantene innbyrdes og for variablene alder, kjønn, inneliggende / poliklinikk status og diagnosegrupper.

Pasienter med flere risikofaktorer ble analysert for de samme variablene. Resultatene ble oppgitt som odds ratio (OR) med 95 % konfidens intervall (KI), hvor OR var signifikant men KI ikke inkluderte verdien 1.

For DPS og Helsedøgnet viser tabellene nedenfor de assosiasjoner som fremkom av regresjonsanalyse. Bare statistisk signifikante og uavhengige forklaringsvariabler er tatt med:

Avhengig variabel	Uavhengig variabel	OR (95 % KI)
DPS		
Risiko for underernæring n = 45	Kvinnelig kjønn	2,5 (1,09 – 1,57)
Overvekt n = 34	Fysisk inaktivitet	2,38 (0,95 – 6,0)
Røyking n = 23	Mannlig kjønn	0,40 (0,19 – 0,90)
Avhengig variabel		
Helsedøgnet		
Risiko for underernæring n = 660	Kvinnelig kjønn	1,38 (1,12 – 1,71)
	Daglig røyking	1,67 (1,28 – 2,17)
Overvekt n = 1027	Kvinnelig kjønn	1,28 (1,02 – 1,59)
	Risiko for underernæring	0,76 (0,61 – 0,95)
	Daglig røyking	0,73 (0,56 – 0,96)
Fysisk inaktivitet	Inneliggende	1,39 (1,11 – 1,75)
	Medisinsk spesialitet	1,44 (1,14 – 1,83)
Daglig røyking n = 293	Risiko for underernæring	1,58 (1,22 – 2,05)
	Overvekt	0,73 (0,56 – 0,96)
	Risikofylt alkoholforbruk	3,91 (1,24 – 6,83)
Alkoholforbruk over 14 /21 alkoholenheter i uken for henholdsvis kvinner og menn n = 54	Mannlig kjønn	2,68 (1,42 – 5,06)
	Daglig røyking	3,71 (2,13 – 6,45)

Tabell 17: Assosiasjoner mellom helsedeterminantene innbyrdes og for variablene alder, kjønn, inneliggende / poliklinikk og diagnosegruppe.

Analysen i DPS viste at underernæring var assosiert med kvinnelig kjønn. Overvekt er også her med da den viste seg å være nært signifikans nivået. Røyking var assosiert med mannlig kjønn, og negativt assosiert med kvinnelig kjønn.

Derimot viste Helsedøgnet at underernæring var assosiert med daglig røyking og overvekt. Overvekt var assosiert med risikoen for underernæring og daglig røyking. Daglig røyking var assosiert med risikoen for underernæring og med overvekt. Skadelig alkohol.

4.5 Hovedresultatene

I DPS viste forekomsten av helsedeterminanten for overvekt seg hyppigst etterfulgt av underernæring, deretter kom røyking, fysisk inaktivitet og skadelig alkoholforbruk, se tabell 1. for forekomst av helsedeterminanter (Vedlegg 6).

I Helsedøgnet var også de fleste pasientene overvektige, etterfulgt av underernæring, men så kom fysisk inaktivitet, røyking og skadelig alkoholforbruk.

I DPS oppfylte 97 % av pasientene kriteriene for minst en av de fem helsedeterminantene 70 % av pasientene hadde mer enn en risikofaktor, se figur 3 for antall risikofaktor pr. pasient (Vedlegg 5). I Helsedøgnet oppfylte 91 % av pasientene kriteriene for minst en av helsedeterminantene, og 57 % hadde mer enn en risikofaktor.

5.0 DISKUSJON. DRØFTING

Forskning viser at altfor få pasienter får spørsmål om livsstil, og enda færre får råd om livsstil (Barbor, Higgins, Saunders and Monteiro, 2001).

Dette kan på den enes siden forklares ut fra den manglende tradisjon det er i å innhente denne type opplysninger (Mæland, 2005), og på den andre siden ved et manglende utviklet helsetilbud på området helse og livsstilsendring.

Ved at pasientene i denne kartleggingen får en første informasjon om sin helse og livsstil, vil dette kunne være et arbeid som kan være med på å styrke pasientene til å medvirke i behandlingen (Askheim & Starrin, 2007).

Samtidig kan vi stå i fare for å utsette pasientene for ekstra belastning ved at de føler seg ekstra stigmatisert når risikofylt livsstil blir avslørt. Videre kan risikofokusering føre til en ekstra frykt og øke behovet for helsetjenester (Mæland, 2005).

Spørreskjemaet brukt i DPS-undersøkelsen var et spørreskjema som var utviklet blant pasienter med somatiske lidelser i sykehus (Tønnesen et al., 2008) og også brukt og validert i Helsedøgnet (Oppedal et al., 2010); også dette var blant somatiske pasienter i sykehus.

Et av eksklusjonskriteriene i Helsedøgnet var pasienter med psykiske lidelser mens det i DPS-undersøkelsen var akkurat denne pasientgruppen som var målgruppen. Hva som lå til grunn for valget av dette eksklusjonskriteriet, og hvordan det virkelig lot seg gjøre i undersøkelsen å ekskludere disse pasientene når så mange av pasientene i sykehus har flere diagnoser forbundet med sin lidelse, gir grunn til ettertanke.

Basert på min antakelse kan det bygge på den tradisjonen det er i lignende sammenlignbare undersøkelser blant pasienter med somatiske lidelser. Ved å ekskludere denne gruppen kan undersøkelsen i Helsedøgnet ha stått i fare for å ha underrapportert faren for økt risiko forbundet med minst en av de fem helsedeterminantene.

Regional etisk komité Helse Vest har i sitt brev datert 3.9.2010, sak 1702 /2009, og ytterligere kommentert i brev datert 30.10.2010, sak 1702 / 2009, hevdet at å innhente informasjon om graviditet og beinamputasjon ikke syntes å være relevant for studien blant pasienter med psykiatriske lidelser. Dette ble for meg vanskelig å forstå, da jeg synes, at det er naturlig at pasienter med psykisk lidelser også kan både være gravide og ha amputeret. Dette var informasjon som var relevant for undersøkelse blant pasienter med somatiske lidelser i Helsedøgnet, men blant pasienter med psykiatriske lidelser i DPS var disse etter REK sin anbefaling å regne som irrelevante for å nå forskningens mål.

Mange av pasientene i et DPS kan riktignok på grunn av sin sykdom være ekstra sårbare, men på den andre siden er det en manglende tradisjon i sykehus for å se hele mennesket (Mæland, 2005). Jeg synes å merke de samme tendensene fra REK ved at opplysninger om graviditet og amputasjon hører den somatiske helsetjenesten til, og / eller at vi skal behandle pasienter med psykiske lidelser mer skånsomt og kanskje noe annerledes enn pasientene generelt i sykehus? Her vil vi stå i fare for å utsette pasienter med psykisk lidelser for en ekstra belastning, en økt risiko, og en merbelastning om vi ikke ivaretar hele mennesket i utviklingen av behandlingsmetoder noe som verken pasientene eller tjenestetilbudet er tjent med over tid.

Det er mange pasienter med psykiske lidelser som røyker, de røyker flere sigaretter daglig inhalerer dypere og har et høyere nivå nikotinbrytningsprodukter i blodet (Nettverk af forebyggende sygehus i Danmark, 2006), noe som kan få konsekvenser for graviditeten og den fysiske helsen og kan også få store konsekvenser for behandlingskvaliteten.

Både intervjuere og pasientene syntes spørsmålene i spørreskjemaet var enkle og forståelige, og pasientene var stort sett veldig positive til kartleggingen og var begeistret over at det var tatt initiativ til denne undersøkelsen. Kun et fåtall av pasientene stilte seg kritiske til noen av spørsmålene. Dette viste seg ved en forholdsvis høy svarprosent, og ingen av pasientene trakk seg underveis i undersøkelsen.

I vår undersøkelse var det 6 pasienter som ikke ønsket å svare på alle spørsmålene i skjemaet, de fleste av spørsmålene var forbundet med overvekt og underernæring. Kun ett av spørsmålene var forbundet med spørsmålet om alkohol.

I Helsedøgnet var det 22 av spørreskjemaene som hadde mangler, og også her var de fleste spørsmålene forbundet med vekt.

I vår undersøkelse kom det nokså overraskende at det var overvekt som var det vanskelige spørsmålet, da vi hadde en forforståelse om at alkoholspørsmålet var det som kunne oppleves som det mest sensitive spørsmålet i denne undersøkelsen. Riktignok ble det påpekt av enkelte at de syntes det var mange spørsmål om alkohol, og med så lav prosentandel som hadde denne risikoen, kan dette synes noe forståelig. Vi fikk her en bekreftelse på at våre antakelser om hva pasientene synes å mene og opplever, ikke stemmer overens med den virkelige opplevde verden til pasientene.

Spørsmålene om overvekt og underernæring var både detaljerte og inngående, og fedme er noe som er synlig og kan for mange oppleves som ekstra stigmatiserende og avslørende. At det for noen ble vanskelig å svare på disse spørsmålene, kan enten ha ført til en underrapportering på området underernæring og fedme, eller at det er de som ikke har denne risikoen som er med i undersøkelsen og vi har fått en overrapportering på området overvekt og underernæring.

Sammenligner vi med Helsedøgnet, hvor 22 pasienter ikke svarte på alle spørsmålene, og hvorav det også her var på området overvekt, kan vi vel anta at området ernæring og overvekt er nokså i tråd med den fremstilte risikoen i vår undersøkelse.

De fleste pasientene rapporterte om at spørsmålene var enkle og forståelige, og de syntes det var helt greit å bli intervjuet omkring deres helse og livsstil. En pasient sa: "Om denne kartleggingen kan brukes til noe, så må dere bare spørre". Videre kommenterte enkelte at det var en ekstra service å få utregnet sin KMI og få en helsestatus i tillegg til den ordinære behandlingen.

5.1 Frafall og representativt utvalg

Forekomsten av pasienter med økt risiko forbundet med minst en av de fem helsedeterminantene lå på 97 % i vår undersøkelse. Dette er noe høyere enn studien viste i Helsedøgnet (Oppedal et al., 2010) hvor andelen var 91 % av pasientene i denne undersøkelsen.

Dette kan skyldes flere forhold. Ett kan være de valgte inklusjonskriteriene hvor pasienter med psykiske lidelser var inkludert i vår undersøkelse, mens disse pasientene i Helsedøgnet var blant de ekskluderte.

Kan det være at Helsedøgnet ved å ekskludere pasienter med psykiske lidelser fikk en noe lavere prosentandel pasienter med risikofylt livsstil? På den andre siden viste undersøkelsen i Helsedøgnet en økt forekomst av pasienter med økt risiko forbundet med minst en av de fem helsedeterminantene sammenlignet med andre studier den sammenlignet seg med.

Et annet årsaksforhold forbundet med den økte forekomsten i min undersøkelse kan være eksklusjonskriteriene. Er de av pasientene som ble ekskludert, i mer risiko enn de som ble undersøkt, det vil si at det er de med minst risiko vi har undersøkt? Eller kan det være at de som ble ekskludert, ikke var i denne risikoen, og dermed har vi fått en overrapportering i vår studie. På den andre siden viste min undersøkelse en frafallsprosent på 26,2 noe som var noe lavere enn i Helsedøgnet, som hadde 35,2 %, og her var det flest pasienter på poliklinikken som takket nei. Hadde frafallsprosenten vært like stor i disse to undersøkelsene, kunne i realiteten prosentandelen pasienter med økt risiko blitt enda høyere.

I vår undersøkelse ble hele 8 av totalt 17 pasientene på døgnposten ekskludert, noe som vi anså for å være et veldig høyt antall. Prosentandelen ekskludert var dermed høyest i døgnposten mot i Helsedøgnet hvor frafallsprosenten var høyest på poliklinikken. Riktignok kan dette avspeile pasientenes manglende samtykkekompetanse og / eller sykdommens alvorlighetsgrad, da de sykeste pasientene til vanlig legges inn i døgnposten. På den andre siden viste undersøkelsen at kun 3 av pasientene manglet samtykkekompetanse og ble ekskludert av behandler, og de 5 andre pasientene ble ekskludert av intervjuer da de selv takket nei til å delta.

Grunnen kan være at disse pasientene manglet den nødvendige informasjon om deltakelse i prosjektet og derfor takket nei og dermed ikke så nødvendigheten av denne undersøkelsen. Dette kan bunne i at ansatte ikke så viktigheten av denne kartleggingen, og i en travel hverdag er andre arbeidsoppgaver prioritert. At frafallet var størst på poliklinikken i Helsedøgnet, kan ha en sammenheng med den utfordringen vi her erfarte det var å koordinere pasientstrømmen for at alle pasientene skulle nås.

Undersøkelsen gikk over en uke og vi hadde estimert 150 pasienter til undersøkelsen, og totalt innfridde 149 inklusjonskriteriene. Vi hadde en forholdsvis lav frafallsprosent sammenlignet med i Helsedøgnet og kan vel derfor anta at både de friskeste og de sykeste i denne undersøkelsen er ekskludert, både på poliklinikken og på døgnposten. Dette underbygger troen på at vi allikevel har et representativt utvalg av pasienter i et utvalgt DPS.

5.1.2 Kjennetegn ved utvalget

I vår undersøkelse var det totalt 110 som deltok en prosentandel på 73,8 mot i Helsedøgnet hvor det var 1522 inkluderte pasienter: prosentandelen var her 64,8.

På den ene siden kan prosentandelen inkluderte i vår undersøkelse være noe høy da nærheten til intervjuer kunne oppleves noe nært og komplisert og det dermed ble vanskelig for pasientene å takke nei til denne undersøkelsen. Samtidig viste undersøkelsen at hele 34 av de totalt 39 ekskluderte pasientene var ekskludert av intervjuer.

Fire opplærte ansatte var valgt til å intervju pasientene i vår undersøkelse mens det i Helsedøgnet var 350 opplærte sykepleierstudenter som bidro til datainnsamlingen. Våre ansatte var valgt ut fra den tilknytning de hadde til senteret og for å ivareta den nødvendige trygghet overfor en sårbar gruppe pasienter. Behandlerne og øvrige ansatte uttrykte her at de syntes det var godt at andre enn dem hadde ansvar for å intervju. Dette tilsier kanskje noe om de har det travelt og om deres tradisjonelle arbeidsoppgaver, eller kanskje det handler om deres egne holdninger på området livsstil?

Gjennomsnittsalderen i vår undersøkelse var 39 år, i motsetning til Helsedøgnet, som hadde en gjennomsnittsalder på 58 år. Om en er mer utsatt for helseskadelig livsstil jo yngre en er, har vi en del dokumentasjon på, men ikke spesifikt når det gjelder pasienter med psykiske lidelser. Ekstra dramatisk er det i alle fall at så pass mange unge mennesker som vår undersøkelse viser har en skadelig livsstil.

I vår undersøkelse var pasientene over tid til behandling. I Helsedøgnet har pasientene noe kortere liggetid. Det betyr at vi hadde god tid til å forberede pasientene på denne undersøkelsen, noe som kanskje burde ført til et annet resultat i døgnposten, der frafallet var så stort. Om pasienter på sykehus er i mindre helse- og livsstilsrisiko enn pasienter i et DPS, vil kunne være aktuelt å se på i en lignende større studie.

De fleste pasientene i vår studie var på poliklinikken, men i Helsedøgnet var fordelingen mellom poliklinikk og sengepost noenlunde lik. Helsedøgnet konkluderte med at det var flest risikopasienter på døgnposten, noe som vår undersøkelse også viste. Men med et begrenset utvalg fant vi ingen signifikant sammenheng her.

På den ene siden var vårt utvalg overrepresentert av polikliniske pasienter i motsetning til Helsedøgnet, som hadde en lik fordeling på poliklinikk og døgnpost. På den andre siden viste vår undersøkelse en høyere andel av risikopasienter sammenlignet med i Helsedøgnet. Dette tilsier dermed at det er enda flere risikopasienter på døgnposten i vår undersøkelse, og sammenlignet med Helsedøgnet vil det si at de polikliniske pasientene våre faktisk hadde den samme risikoen som pasientene på døgnposten hadde i Helsedøgnet.

I vår undersøkelse var flest pasienter kvinner, mens i Helsedøgnet var det mennene som dominerte. Om det er flere menn enn kvinner som har en risikofylt livsstil, er ikke innlysende for meg, men at det er flere kvinner enn menn som er psykisk syke, er anerkjent og veldokumentert.

I vår undersøkelse ble kun hoveddiagnosen på pasientene registrert, mens i Helsedøgnet ble alle registrerte diagnoser på den enkelte pasient registrert.

Diagnosespredningen viste i vår undersøkelse på poliklinikken en overvekt av affektive og pasienter med nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser, på døgnposten var det de affektive lidelsene som dominerte. Det var hele 32 pasienter (29 %) som hadde diagnose som kom inn under kategorien andre. Dette kommer av at det har vært tradisjon på senteret å sette såkalte ”tentative diagnoser”, Z004, pga. mangel på kvalifisert personell til å sette diagnoser. Dette skapte en del usikkerhet for generaliseringen av diagnosesammenhengene i dette utvalget. Dette til tross syntes diagnosespredningen å avspeile godt den erfarte virkeligheten når dette resultatet ble forelagt avdelingsoverlege og sentrale behandlere på senteret.

Vår undersøkelse gikk over fem dager mens undersøkelsen i Helsedøgnet gikk over 24 timer. Vår undersøkelse skulle avspeile pasientpopulasjonen på et utvalgt DPS, mens i Helsedøgnet skulle pasientpopulasjonen i tre sykehus avspeiles. Derfor var det kun 110 pasienter inkludert i min undersøkelse mot totalt 1522 pasienter i Helsedøgnet.

Med en prosentandel inkluderte pasienter på 73,8 anser vi dette utvalget for å være tilstrekkelig for å avspeile populasjonene på dette tidspunktet i et utvalgt DPS.

5.1.3 Forekomsten av den enkelte helsedeterminant

I vår undersøkelse viste forekomsten av pasienter med risiko for overvekt hele 70,8 %, 58,9 % var underernært, 40,9 % var fysisk inaktive, 42,7 % røykte daglig, og bare 2,8 % hadde et skadelig forbruk av alkohol i uken på AE 14 (K) og 21 (M).

Overvekt

Hele 75 av totalt 106 pasientene i vår undersøkelse ble identifisert under kategorien for overvekt. Sammenlignet med Helsedøgnet viste vår studie en noe høyere andel (Oppedal et al., 2010). Sammenlignet med befolkningsstudier i Norge referert i en rapport om forebygging av overvekt / fedme i helsetjenesten (Shdir, 2004) var en betydelig høyere andel i vår studie overvektige.

Det kan trolig ha sammenheng med definisjonen av overvekt, som i vår studie inkluderte terskelverdien både på KMI og livvidde, mens de fleste befolkningsstudier kun har knyttet KMI-verdien.

Sammenligner vi KMI-verdien alene, viser vår studie at hele 65 av pasientene hadde over eller lik grenseverdien for 25 kg/m², noe som er noe høyere enn både undersøkelsen i Helsedøgnet (Oppedal et al., 2010) og befolkningsstudier i Norge (Ulset, Undheim & Malterud, 2007).

Først når KMI-verdien nærmer seg 30, er økt kroppsvekt forbundet med dødsrisiko (Waaler, 1984). I vår studie hadde 26 av pasientene fedme over eller lik en KMI på 30 kg/m², også her viste undersøkelsen en høyere prosentandel enn i Helsedøgnet målt for den samme verdien (Oppedal et al., 2010).

Denne høye andelen av overvektige i vår studie kan på den ene siden henge sammen med sykdommens karakter. Depresjon og nedstemthet er mer vanlig blant personer med overvekt og fedme enn blant normalbefolkningen, og videre viser undersøkelser til at mange av de schizofrene er overvektige (Kjellman, Martinsen, Taube og Andersson, 2008). I vår undersøkelse viste undersøkelsen ingen klar sammenheng mellom diagnose og overvekt. Riktignok hadde 24 av pasientene nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser, men det var hele 22 pasienter som her ikke var kategorisert og dermed vanskeliggjør denne generaliseringen. Videre viste undersøkelsen ingen store forskjeller på overvekt mellom kjønnene, noe som samsvarte med undersøkelsen i Helsedøgnet (Oppedal et al., 2010).

På den andre siden kan overvekten blant pasienter i et DPS skyldes behandlingen av lidelsen med en del antipsykotiske og stemningsstabiliserende medikamenter, som fører til at den fysiske aktiviteten blir noe redusert (Martinsen, 2004). Hele 7 av totalt 9 pasienter på døgnposten var overvektige i vår studie og her kunne vi også finne at mange av pasientene hadde affektive lidelser. Det var ingen klar tendens til at de overvektige var å finne mer i døgnposten enn i poliklinikken; de fordelte seg noenlunde likt mellom avdelingene.

Sammenlignet med personer uten psykiske lidelser er sannsynligheten for overvekt eller fedme 50 % større, noe som oftest skyldes usunt kosthold og fysisk inaktivitet (Compton, Daumit & Druss, 2006). Dette kan stemme ganske godt med vår studie.

Risiko for underernæring

Hele 63 av de 107 pasientene i vår undersøkelse var identifisert til å være i risiko for underernæring, noe som er en stor andel sammenlignet med andre studier. Risiko for underernæring er den best beskrevne av risikofaktorene i andre norske pasientpopulasjoner blant pasienter med somatiske lidelser. Sammenlignet med Helsedøgnet viste vår undersøkelse en høyere andel underernærte pasienter (Oppedal et al, 2010). Sammenligninger med KMI under grenseverdien og vekttap siste måned eller nedsatt matinntak viste også de samme tendensene, men med noe mindre forskjeller.

Med en høy forekomst av pasienter med underernæring i vår undersøkelse, kan det på den ene siden ligge at det er en generell høy forekomst av pasienter med underernæring i både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, noe som igjen handler om at helsetjenesten har manglet fokus på ernæring i sitt behandlingstilbud. Dette har ført til at Helsedirektoratet nylig har utarbeidet retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (2009). Hele 8 av totalt 9 pasienter på døgnposten ble identifisert for denne risikoen, og en klar overvekt av de identifiserte risikopasientene var å finne på døgnposten. På den andre siden er spiseforstyrrelser et utbredt problem spesielt blant unge kvinner. Bulimi, anoreksi og tvangsspising er spiseadferd som primært antas å ha psykiske årsaker (Mæland, 2005). Det var 45 kvinner og 18 menn som var identifisert med denne risikoen, noe som kan tyde på at det her er noen som har spiseforstyrrelser og kanskje ikke får spesifikk behandling på dette området.

Det må nevnes her at senteret nylig hadde begynt å ha litt mer fokus på matvaner og ernæring, og den tradisjonelle kaffematen var blitt erstattet med frukt.

Fysisk inaktivitet

Andelen fysisk inaktive pasienter i denne studien var 45 av totalt 110 pasienter, noe som er å regne som en relativt høy andel. Vi vet forholdsvis lite om hvor fysisk aktive voksne og eldre i Norge er ut fra samme definisjonen som vi har benyttet i denne studien, men sammenlignet med Helsedøgnet, hvor skårene var noe lavere enn resultatene fra vår studie (Oppedal et al, 2010) viste vår undersøkelse til at det var flere pasienter som var fysisk inaktive.

Fordelingen fysisk inaktive på døgnposten og på poliklinikken var nesten lik. På den andre siden viste undersøkelsen veldig mange overvektige, noe som sannsynligvis vil gi seg utslag i denne høye forekomsten.

På den ene siden kan fysisk inaktivitet forårsake eller medvirker til både høyt blodtrykk, overvekt, hjerte-kar-sykdommer, diabetes 2, osteoporose og belastningsslidelser (Mæland, 2005). På den andre siden kan fysisk aktivitet være til hjelp i forebygging og behandling av depresjoner, angst og kronisk tretthetssyndrom. Fysisk aktivitet sammen med eller i stedet for medikamenter har sterk dokumentert effekt. (Martinsen, 2004).

Oppsummert tyder noen undersøkelser på at fysisk aktivitet kan forebygge angstlidelser (Goodwin, 2003), og også bedre kontrollen over positive symptomer og gi bedre livskvalitet og minske risikoen for tilbakefall av den psykiske lidelsen (Martinsen & Taube, 2008).

Det ble rapportert om et høyt fokus på fysisk aktivitet på dette senteret, noe som det også er grunn til å tro har hatt sin effekt ved at fysisk inaktivitet sammen med risikofyllt alkoholforbruk var områder hvor de færreste risikopasientene ble identifisert. På dette senteret hadde de i den senere tid inngått avtale med et treningssenter, de hadde obligatoriske turer både for ansatte og personalet og tilbyr også fysioterapi som en del av behandlingstilbudet til enkelte diagnosegrupper. Aktivitet var en viktig del av behandlingsplanen og også dokumentert i den individuelle planen til pasientene.

Personalet hevdet at det kunne være vanskelig å motivere pasientene til regelmessig fysisk aktivitet, og med så mange overvektige pasienter vil det her være naturlig at også ernæring og kosthold blir en arena for forbedring blant disse pasientene.

Daglig røyking

47 av totalt 110 pasienter i vår undersøkelse røykte daglig, noe som er en stor andel av pasientene og var den av risikofaktorene som viste den største forskjellen fra Helsedøgnet sin undersøkelse (Oppedal et al, 2010). Nesten femti prosent flere pasienter i vår undersøkelse røykte sammenlignet med i Helsedøgnet.

Det stemmer godt med den rapporten som er utgitt av det danske nettverket av helsefremmende sykehus som hevder at pasienter med psykiske lidelser har en røykeprevalens som er dobbelt til tredobbelt så høy som normalbefolkningen (2006).

De fleste av de som røykte var menn i alderen 40-49 år. Damene var noe yngre, i alderen 18-29 år, og var i et litt mindre antall. Det var de samme tendensene i Helsedøgnet bare at prosentandelen var mye høyere i vår undersøkelse.

På den ene siden er det assosiasjon mellom røyking og depresjon (Folkehelserapport, 2009), årsakssammenhengen er omdiskutert men enkeltstudier hevder at røyking frembringer depresjon. Sannsynligheten for at pasienter som har en schizofren diagnose røyker, er dobbel så stor som personer uten en psykisk lidelse (Compton, Dumit, & Druss, 2006). Komponenter i røyking påvirker medisineringsen og resulterer i økte, ofte fordoblede medisindoser (Nettverk av helsefremmende sykehus i Danmark, 2006). Det var de affektive, nevrotiske og belastningsrelaterte lidelsene som dominerte i vår undersøkelse. På den andre siden er det omdiskutert om røyking fører til psykiske lidelser (Mæland, 2005 og Lærum, 2005).

Hele 7 av 9 pasienter røykte på døgnposten, og i prosent var det 77,8 % av pasientene som røykte og var innlagt i døgnposten. Om det nå er slik at de som røyker er de som er innlagt i døgnposten, kan vi risikere vi her har fått en underrapportering da så mange ble ekskludert fra døgnposten.

Risikofylt alkoholforbruk

Forekomsten av pasienter med risikofylt alkoholforbruk var noe mindre enn blant sykehuspasientene i Helsedøgnet (Oppedal et al., 2010). I denne undersøkelsen var det som i vårt materiale stor forskjell i prevalensen av pasienter med risikofylt alkoholforbruk ut fra ulike definisjoner. Noe av dette kan skyldes at det i den norske drikkekulturen hyppig forekommer episodisk høyt alkoholforbruk uten samtidig høyt gjennomsnittelig alkoholforbruk pr uke, og dette kan føre til høyere skår på AUDIT – C. En annen forklaring kan være at pasienter underrapporterer sitt alkoholforbruk. Gjennomsnittelig mengde alkohol konsumert pr. uke er imidlertid bedre egnet som prognostisk faktor for pasientforløp i spesialisthelsetjenesten enn hva AUDIT – C er (Oppedal et al., 2010).

Det var kun 3 av pasientene som ble identifisert for alkohol over grenseverdien 14 / 21, og alle var pasienter på poliklinikken, og av dem var det to kvinner og en mann. Grenseverdien 9 / 14 viste 9 på poliklinikken og en av pasientene var på døgnposten, 6 var kvinner og 4 var menn. Dette kan tyde på at risikoen for alkoholbruk over grenseverdien viser seg her for flest kvinner, men ikke noe som er dominerende for pasienter i døgnposten. Denne prosentandelen risikopasienter synes for meg noe lav, men kan skyldes de naturlige variasjonene i pasientpopulasjonen, da noen av pasientene henvises videre til spesialavdelinger med sitt alkoholavhengighetsproblem, eller det kan være at vi her har en underrapportering. På den andre siden kan det jo faktisk være slik at vi ikke har så mange pasienter med risikofyllt alkoholforbruk som vi hadde forventet, og at når vi har dem til behandling, så er de såpass synlige at vi legger så godt merke til dem.

Regelmessig høyt forbruk av alkohol kan føre til høyt blodtrykk og dermed også til hjerneslag. Mest utsatt er fordøyelsesorgan og nervesystem, kan føre til skrumplever, bukspyttkjertelbetennelse, nervelammelse og hjernesvinn (Mæland, 2005). Videre har mennesker med rusmiddelproblemer betydelig overhyppighet av andre psykiske lidelser, spesielt angst og depresjon (Mæland, 2005) og noen bruker alkohol og andre rusmidler for selvmedisinering for sine psykiske lidelser (Martinsen, 2004). På den andre siden kan barn og unge som vokser opp i alkoholiserde hjem, bli utsatt for betydelig fare for å utvikle adferdsavvik og psykiske lidelser (Lærum, 2007), og noen får psykiske lidelser som konsekvens av sitt rusmiddelbruk (Martinsen, 2004).

5.1.4 Assosiasjoner mellom helsedeterminantene innbyrdes og for variablene kjønn, alder, diagnose og avdeling.

Logisk regresjonsanalyse viste at underernæring var assosiert med kvinnelig kjønn, og røyking med mannlig kjønn i DPS-undersøkelsen.

I Helsedøgnet var underernæring assosiert med daglig røyking og overvekt. Overvekt var assosiert med underernæring og daglig røyking, daglig røyking med underernæring, overvekt og risikofylt alkoholforbruk over grenseverdien.

Med et noe begrenset utvalg var det naturlig at det innebærer begrensninger i hvilke assosiasjoner som ville kunne fremkomme i DPS-utvalget (Bjørndal & Hofoss, 2004). Undersøkelsen er allikevel gjort for å sammenligne med de dataene som foreligger i Helsedøgnet og vi får frem noen tendenser som kan være interessante å sammenligne i en lignende større undersøkelse blant pasienter med psykiske lidelser.

Ellers er det interessant og gledelig å se at overvektige faktisk er fysisk aktive, men allikevel bør kan en stille seg spørsmålet om den aktivitet som drives har den intensitet og den tilpassede formen som faktisk er nødvendig for at den skal være behandlende på enkelte diagnoser.

Underernæring er også forbundet med kvinnelig kjønn, noe som er anerkjent og ikke så oppsiktsvekkende, men man må ha lov til å spørre seg om det her er pasienter som ikke blir behandlet for sin spiseforstyrrelse.

5.2 Behovet og potensialet for sekundærforebyggende arbeid blant pasienter med psykiske lidelser

Potensialet for helsefremmende arbeid blant pasientene i dette utvalgte DPS er stort, noe som også Helsedøgnet konkluderte med i sin undersøkelse (Oppedal et al, 2010). Om pasientene er motivert til å endre på sine levevaner når de er innlagt til psykiatrisk behandling, er nok noe forskjellig fra pasienter i sykehus, hvor den somatiske lidelsen kan være nærmere knyttet opp til innleggelse og dermed til deres sykehistorie.

Det har ikke vært tradisjon og ei heller systematikk i å innhente disse opplysningene blant pasienter med psykisk lidelser (Mæland, 2005). Det er heller ikke nok kunnskap om sammenhengen mellom helse og livsstil og psykiske lidelser. Riktignok finnes det mye kunnskap på området fysisk aktivitet og psykiske lidelser (Martinsen, 2004), og også på området alkohol, men på området ernæring og røyking i kombinasjon, hvor en ser noen av disse determinantene sammen, har jeg ikke funnet noe forskning noe som også artikkelen til Kristian Oppedal bekreftet (Oppedal et al., 2010).

På dette senteret var det ingen systematisk kartleggingen av helse og livsstilsfaktorer til pasientene, riktignok hadde fokus på fysisk aktivitet vært sentral i både forebygging og behandling og vært økende de siste årene, men ernæring og kosthold har vært et manglende og nesten et fraværende område i behandlingen. Mange av pasientene legger på seg av å være innlagt, ja en sa hun hadde lagt på seg ca 20 kg på ca. 6 måneder, og det er mye ”hygge og kos” forbundet med usunn mat på ugunstige tider av døgnet. Det er kanskje noe av det som vises i våre resultater, og som må vies mer oppmerksomhet i behandlingen.

Kunnskap om helse og påvirkningsfaktorer er med på å gi den enkelte økt mulighet til å handle mer rasjonelt (Mæland, 2005), og vil gi den enkelte økt mulighet til å ta ansvar for egen helse (Askheim & Starrin, 2005). På den andre siden vil for mye fokus på risiko forbundet med helse kunne true den enkeltes frihet (Fugelli, 2003). Vi kan få mer sykdomsfrykt, noe som også kan bunne i uvitenhet eller feilaktig kunnskap (Mæland, 2005).

Det er et paradoks at kostnadene i helsevesenet øker dramatisk på grunn av nye behandlingsmetoder og teknologi, ofte med marginal effekt på behandlingsforløp, mens livsstilsintervensjoner, som koster forholdsvis lite og har god effekt, brukes i liten grad (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

Riktignok vil fokuset på mer forebygging innebære en reorganisering av helsevesenet, men med den helsegevinst det innebærer kan vi vel ikke la være?

Denne studien viste at nesten alle av de inkluderte DPS pasientene i undersøkelsen hadde minst en risikofaktor relatert til sin ernæringstilstand eller livsstil, og sju av ti hadde minst to. Omkring to tredjedeler av pasientene var overvektige, mer enn halvparten var i risiko for underernæring, og mer enn en tredjedel var daglig røyker, og nesten like mange var fysisk inaktive. Langt færre hadde et risikofylt alkoholforbruk definert ved gjennomsnittlig ukentlig alkoholforbruk, og ”bare” en av ti hadde et månedlig høyt episodisk alkoholforbruk. Risiko for underernæring var assosiert med kvinnelig kjønn, og røyking var assosiert med mannlig kjønn.

I Helsedøgnet viste undersøkelsen noen av de samme tendensene bare med små variasjoner og noen få forskjeller. Ni av ti pasienter hadde her minst en risikofaktor og mer enn halvparten hadde to. Omkring to tredjedeler av pasientene var overvektige, mer enn en tredjedel var i risiko for underernæring og nesten like mange var fysisk inaktive. Hver femte pasient var daglig røyker, mens langt færre hadde et risikofylt alkoholforbruk definert ved gjennomsnittlig ukentlig alkoholforbruk. Risiko for underernæring og risikofylt alkoholforbruk var assosiert med røyking og inneliggende pasienter hadde oftere flere risikofaktorer enn pasienter behandlet i poliklinikk (Oppedal et al., 2010).

Den største forskjellen var altså å finne i forhold til røyking.

Ingen foregående studier forut for Helsedøgnet hadde vært publisert ut fra behovet for helsefremmende arbeid i norske sykehus, men denne undersøkelsen kunne sammenlignes med tidligere dansk pilotstudie av 220 pasienter i sykehus (Tønnesen et al., 2008), der forekomsten av risikofylte helsedeterminanter kunne vise til de samme funnene som Helsedøgnet.

Forekomsten av risikofylte helsedeterminanter blant pasienter i DPS vil muligens reflektere den lokale kulturen og livsstilen i samfunnet, noe som er en viktig begrunnelse for at mine sammenligninger er bedre egnet for sammenligninger med undersøkelsen i Helsedøgnet.

Vår undersøkelse viser hvilket behov det er for en større kartleggingsstudie blant pasienter med psykisk lidelse. Dette for å kunne gjøre de nødvendige sammenligninger med en større gruppe pasienter med psykiske lidelser og for å se om det virkelig står så dårlig til med livsstilen til pasienter med psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten.

De fleste av pasientene i dette DPS (97 %) var enten overvektige, fysisk inaktive, underernærte, røykte eller drakk alkohol over grenseverdien AE 14 (K) 21(M) i uka. I Helsedøgnet hadde hele 91 % økt risiko for minst en av de fem helsedeterminantene.

Vår undersøkelse viste at det er færre pasienter som ikke har noen risikofaktorer, og at det er flere av pasientene som har flere enn to risikofaktorer sammenlignet med undersøkelsen Helsedøgnet. Til sammenligning med Helsedøgnet er det et enda større behov blant pasienter i et DPS for sekundærforebyggende arbeid for å sikre et kvalitativt effektivt behandlingstilbud (Mæland, 2005).

6.0 KONKLUSJON

Hypotese nr 1: Det er en høy forekomst av pasienter i DPS med risikofylt livsstil.

Hypotese nr 2: Det er ingen tradisjon for å kartlegge livsstilen til pasienter i DPS.

Min undersøkelse bekrefter mine to hypoteser, både at det var mange av pasientene i undersøkelsen som hadde en risikofylt livsstil, og at det ikke var noen tradisjon for å kartlegge livsstilen til pasientene i dette DPS.

Jeg har på den ene siden sett på kunnskapen omkring helseskadelig livsstil og fysisk og / eller psykisk helse. Videre har jeg sett på hvilken betydning helseskadelig livsstil har på effekten av både forebygging og behandling av psykiske lidelser. På den andre siden har jeg sett på enkelte behandlingsmetoder som kan føre til helseskadelig livsstil. Og sist men ikke minst sett på forhold som peker i retning av at helseskadelig livsstil kan føre til psykiske lidelser.

Undersøkelsen går i hovedsak ut på å sammenligne mine resultater med de resultater som foreligger etter undersøkelsen i Helsedøgnet. Oppsummert viste vår undersøkelse at pasienter med psykiske lidelser i et DPS er i langt større risiko for helseskadelig livsstil enn pasienter med somatiske lidelser i sykehus (Oppedal et al., 2010).

Med en betydelig yngre pasientgruppe i undersøkelsen blant pasienter med psykiske lidelser enn i Helsedøgnet er det nærliggende å stille seg spørsmål om alderen kan være av betydning når det gjelder helseskadelig livsstil? Noe av forklaringen kan her ligge i at mange av de psykiske lidelsene debuterer i ung alder (Folkehelserapport, 2010). Men at den gjennomsnittlige alderen virkelig var så lav i vår undersøkelse, var veldig overraskende for meg. Dette gir igjen grunnlag for en ekstra bekymring blant disse pasientene når det er så mange unge mennesker som har en så helseskadelig livsstil.

Videre fremkom den enkelte helsedeterminant med økt forekomst sammenlignet med undersøkelsen i Helsedøgnet, med ett unntak, skadelig forbruk av alkohol over grenseverdien. At virkelig skadelig alkoholforbruk forekom så sjelden, er nesten et eget fenomen i seg selv. Det stemmer nemlig dårlig med både det økte alkoholforbruket i samfunnet generelt, og ved at det var en oppfatning og erfaring blant personalet om at det var en mye høyere forekomst.

Undersøkelsen viste også en tendens til at damene drakk mer enn mennene, noe som igjen viste seg å være forskjellig fra Helsedøgnet og som jeg ikke kan finne noe dokumentasjon på. Riktignok viser det seg å være en tendens til at yngre kvinner drikker mer nå enn før, men at de faktisk drikker mer enn menn med psykiske lidelser, var nå vel ganske spesielt?

Da det var veldig få som var registrert med denne risikoen, har jeg i etterkant stilt meg spørsmålet om det er fordi disse pasientene kanskje har vanskeligere for å svare på spørsmålet om alkohol enn på de andre spørsmålene, og hvorfor? I så tilfelle har vi fått en betydelig underrapportering.

Videre fremkom det i vår undersøkelse flere risikofaktorer pr. pasient enn i Helsedøgnet, noe som fører til en økt fare for å dø tidligere med ca. 13-15 år sammenlignet med befolkningen generelt (Folkehelse rapport, 2010).

Vår undersøkelse fant ikke noen forskjell på risikopasienter i døgnposten kontra på poliklinikken, i motsetning til Helsedøgnet, som hadde flest risikopasienter på døgnposten. Dette var litt underlig, da mye av kunnskapen peker i retning av at de dårligste pasientene har flest risikofaktorer, og de dårligste pasientene er til enhver tid normalt tilknyttet døgnbehandlingen. Her kan nok noe av mørketallene ligge i at det var en stor andel pasienter på døgnposten som takket nei til å delta, og dermed var også svarprosenten veldig lav her sammenlignet med på poliklinikken. Hva som lå til grunn for den lave svarprosenten i døgnposten, kan en nok undre seg noe over, men at det er viktig med god motivering til disse pasientene om deltakelse og at det her ligger et betydelig større ansvar på personalet i både å informere, veilede og koordinere denne undersøkelsen, er nok vår erfaring.

Den av helsedeterminantene som viste den største forskjellen i disse to undersøkelsene var daglig røyking. Der var **betydelig** flere som røykte blant DPS- pasientene enn i Helsedøgnet og det var mennene som røykte. Dette er ikke særlig overraskende ut fra den kunnskapen som foreligger og også i tråd med rapporten utgitt av Netværk af forebyggende sygehus i Danmark (2006). Noe mer uforståelig var at det ikke var noen sammenheng mellom de som røykte og de som hadde et risikofylt alkoholforbruk, noe som var mer fremtredende i Helsedøgnet. Igjen kan dette ha sammenheng med et lavt antall pasienter registrert med alkohol over grenseverdien.

Overvekt, fedme og underernæring fremstod både i vår undersøkelse og Helsedøgnsundersøkelsen med høy forekomst. Her hadde også vår undersøkelse den høyeste forekomsten, noe som igjen kan tilsi at vi bør både se på den medikamentelle behandlingsmetoden som i dag tilbys og den faktiske sammenhengen med risikoen for å bli overvektige. Kanskje vi påfører disse pasientene en ekstra tilleggslidelse i form av kreft eller diabetes, bare for å nevne de mest fremtredende diagnosene.

Det må mer fokus på ernæring og kosthold i både forebygging og behandling blant disse pasientene med den høye forekomsten av risikofaktorer. Dette kan gi grunnlag for nye intervensjonsstudier hvor en ser på både ernæring, kostholdsterapi og i kanskje også i sammenheng med røykeavvenningskurs.

Nesten alle av pasientene i denne undersøkelsen hadde en risikofaktor knyttet til sin helse og livsstil, noe som har store konsekvenser for både den fysiske og den psykiske helsetilstanden. I så ung alder og med en så helseskadelig livsstil kan en vel bare ane de konsekvenser det kan ha både i det enkelte pasientforløp og i kvaliteten av behandlingen.

Jeg har gjennom denne studien beskrevet hvor sentral livsstilen er i både forebygging og behandling av pasienter med psykiske lidelser, og hvordan arbeid rettet mot livsstil kan bidra til en mer effektiv og kvalitativ bedre behandling. Jeg har gjennom min problemstilling sett på den risiko som er forbundet med helseskadelig livsstil både på den fysiske og den psykiske helsetilstanden, og i hvor stor grad behandlingen faktisk kan føre til helseskadelig livsstil.

Jeg har også sett på endring i livsstilen som et virkemiddel for å erstatte medikamentell behandling, og om livsstilen også kan forebygge psykiske lidelser, noe som er veldig omdiskutert, men mye av litteraturen peker i retning av at det har en positiv effekt der hvor det er fare for tilbakefall av sykdommen (Martinsen, 2005).

Livsstilen til pasientene i dette DPS gir dermed et dokumentert grunnlag for en bekymring over helsetilstanden til pasienter med psykiske lidelser. Med de konsekvenser dette har for både behandlingskvaliteten og effektiviteten, brukervedvirkning og mestring, vil dette å jobbe med livsstilen til disse pasientene kunne gi både økonomiske og kvalitetsmessige resultater.

Det henstilles dermed til å sette inn mer ressurser i det forebyggende arbeidet, se hele mennesket i behandlingstilnærmingen, både den fysiske og den psykiske helsen, i et mer helhetlig behandlingsperspektiv. Det er derfor her behov for en ny større og mer mfattende studie for å sammenligne disse data som er kommet frem her, for så å se om det virkelig står så dårlig til blant pasienter med psykiske lidelser, og for videre å kunne starte intervensjonsstudier på livsstilsendringer og tilegne seg kunnskap på også dette endringsarbeidet.

Min oppgave gir dermed støtte for en større og mer omfattende kartleggingsundersøkelse blant pasienter med psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten.

Samtidig synes det å se ut som om det arbeidet som er gjort når det gjelder fysisk aktivitet og psykiske lidelser i både forebygging og behandling av psykiske lidelser, har hatt en ønsket effekt. Kanskje det nå er på tide å gjøre noe av det samme på områdene ernæring, kosthold og røyking? Mitt forslag blir herved en oppfordring om å utvikle program eller tilbud hvor ernæring, kosthold og røyking er kombinerte tilbud for å stimulere til adferdsendring?

Referanser

- Askheim, O.P. & Starrin, B. (2007). *Empowerment i teori og praksis* (Red.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Barsky, A.J. (1988). The paradox of health. *The New England Journal of Medicine*, 318, 414-418.
- Barbor, T.F., Higgins, B- J.C., Saunders, J.B., Monteiro, M.G. (2001). Guidelines for Use in Primary Care: *The Alcohol Use Disorders Identification test* (2.edition.). World Health organization: Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo:Gyldendal Akademisk.
- Clark, D.B., DeBellis, M.D., Lynch, K.G., Cornelius, J.R., & Martin, C.S., (2003). Physical and sexual abuse, depression, and alcohol use disorder in adolescents: Onsets and outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 69, 51-60.
- Compton, M.T, Daumit, G.L., Druss, G.L. (2006). Cigarette smoking and overweight/ obesity among individuals with serious mental illness. A preventive perspective. *Harv Rev Psychiatry* 14, 212-22.
- Conolly, M., Kelly, C. (2005). Lifestyle and physical health in schizophrenia. *Adv Psychiatr Treat*, 11, 125-132.
- Doll, R., Petro, R., Boreham, J. & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors. *British Medical journal*, 60, 328-1519.
- Ekeland, T.J. & Heggen, K.(2007). *Mestring og myndiggjøring*. Reform eller retorikk? Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Friis, S. & Vaglum, P. (1999). *Fra ide til prosjekt*. En innføring i klinisk forskning. Oslo: Tano Aschehoug.
- Folkehelseinstituttet. (2010). *Folkehelserapport 2010 Helsetilstanden i Norge* (Rapport 2 /2010). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Fugelli, P.(200): *O-visjonen. Essays om helse og frihet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Groene, O., Jorgensen, S.J., Fugleholm, A.M., Møller, L., Garcia – Barbero, M. (2005). Standards for health promotion in hospitals: development and pilot test in nine European countries. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 18 (4-5), 300-307.
- Gjengedal, E & Hanestad, B.R.(2007). *Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring* (Red.). Oslo: Cappelen Akademiske forlag.
- Goodwin, R.D. (2003). Association between physical activity and mental disorder among adult in the United States. *Prev Med*, 36, 698-703.
- Heggedal, K. (2008). *Kroppskunnskap. Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Helse Vest. (2007). *Helse 2020 – Grunnlagsdokument som fundament for foretaksplan og langtidsplan*. Stavanger, Helse Vest.
- Helsedirektoratet. (2009). Nasjonale og faglige retningslinjer: *forebygging og behandling av underernæring* (Retningslinjer IS-1580/2009). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsinki-deklarasjonen. (2000). *Etisk prinsipper for medisinsk forskning som omhandler mennesker*.
- Jansson, E. & Anderssen, S.A.(2008). Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet, I: Helsedirektoratet (red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s.37-44). Oslo: Helsedirektoratet.
- Korfor. (2010). *Livsstil og helse*. Strategi og handlingsplan for Stavanger Universitetssjukehus 2010-2012. Stavanger, Korfor.

- Kjellmann, B., Marinsen, E., Taube, J., Andersson, E. (2008). Depresjon, I: Helsedirektoratet (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s.275-304). Oslo: Helsedirektoratet.
- Lærum, E. (2005). *Frisk syk eller bare plaget? Innføring i medisinsk nøkkeltkunnskap*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, E.W. (2004). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, E.M., Taube, J. (2008). Angst, I: Helsedirektoratet (Red.), *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s.214-236). Oslo: Helsedirektoratet.
- Martinsen, E.M., Taube, J. (2008). Schizofreni, I: Helsedirektoratet (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s.561-570). Oslo: Helsedirektoratet.
- Mykletun, A. & Knudsen, A.K. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Rapport ISBN-978-82-8082-352-6/2009). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Mæland, J. G.(2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis* (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mykletun, A., Knutsen, A.K. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. (Rapport nr. 9. ISBN: 978-82-8082-352). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Mathiesen, K.S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L., & Helgeland, H. (2007). *Trivsel og oppvekst - barndom og ungdomstid*. (Rapport nr. 5. ISBN: 978-82-8082-204-8). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Mykletun, I., Røgnerud, M., Johansen, R.(2008). *Levekårsundersøkelsen 2005 Utsatte grupper og psykisk helse*.(Rapport ISBN-97-82-8082-273-4/2008). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. (2006). Rygestop i psykiatrien: *Er der evidens nok til å anbefale rygestopaktiviteter?* En ikke- systematisk gjennomgang (ISBN-87-91688-05-1). København: Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark
- Norsk helsefremmende sykehus.(2008). *Statusrapport for Tobakksfrie sykehus*: Levanger 12. februar 2008. Oslo: Norsk helsefremmende sykehus
- Oppedal, K., Nesvåg, S., Pedersen, B., Skjøtskift, S., Årstad, A.K., Ullaland, S., Pedersen, K., Vevatne, K., Tønnesen, H.(2010). *Health and the need for health- promotion in hospital patients* (submitted).
- Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual a step by step guide to data analysis using SPSS versjon 12* (2nd edition.).USA:Opeb University press.
- Pelikan, J.M., Krajik, K., Dietsscher, C. (2001). The health promoting hospital (HPH): Concept and development. *Patient Educ Couns*, 45(4), 239-43.
- Røssner, S. (2008). Overvekt og fedme, I: Helsedirektoratet (Red.), *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s.466- s.483). Oslo: Helsedirektoratet.
- Sintef. (2009). *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne* (Rapport ISBN-978-82-14-0466-7/ 2009).
- Skog, O.- J.(1985). ”Hva bestemmer omfanget av alkoholskader?” I: Arner, O., Hauge, R. og Skog, O. -J. *Alkohol i Norge* (s.190-211). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skog, O.- J.(2004). *Å forklare sosiale fenomener En regresjonsbasert tilnærming* (Red.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Solum, E (1993): *Normalisering grunnlag for omsorg*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2009). Nasjonale retningslinjer: *retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten* (Veileder IS-1561/2009). Oslo: Sosial og helsedirektoratet.

- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). Psykisk helsevern for voksne: *Distriktpsikiatriske sentre- med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen* (Veileder IS-1388/2006). Oslo: Sosial og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). Veileder om samarbeid med pårørende innen psykisk helsetjenester: *Pårørende en ressurs* (Veileder IS-1512/2008). Oslo: Sosial og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2000). Anbefalinger: *Fysisk aktivitet og helse* (Rapport nr.2 IS-1101/ 2000). Oslo: Sosial og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). Rapport: *Forebygging og behandling av overvekt / fedme i helsetjenesten* (IS-1150 / 2004). Sosial og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Hvordan kommer vi fra visjon til handling? og bedre skal det bli! Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten.* (Veileder IS-1502). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- St. meld. nr. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tverdal A.(2001). Prevalence of obesity among persons aged 40-42 years in two periods. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 121, 667-672.
- Tønnesen, H., Roswall, N. Odgaard, M.D., Pedersen, K.M., Larsen, K.L., Mathiassen, B. et al. (2008). Basic registration of risk factors in medical records. Malnutrition, overweight, physical inactivity, smoking and alcohol. *Ugeskrift for Læger*, 170(20), 1747-52
- Tharaldsen, K.B. & Otten, K.(2008). *Mestringsteknikker for livsvansker Mindfulness – based Coping*. Mbc- manual. Oslo: Hertervig Forlag.
- Ulset, E., Undheim, R., Malterud, K. (2007). Er fedmeepidimien komnt til Norge? *Tidsskri Nor Laegeforen*, 127, 34-37.
- Vaglum, P., Finset, A.(2007). *Helse, sykdom og atferd Innføring i medisinsk atferdsfag* (red.) Oslo: Cappelen Forlag.
- Vollset, S.E., Tverdal, A., Selmer,R., Gjessing, H.K.(2006). ”Hvor dødelig er ryking”. Oslo: Folkehelseinstituttet
- Waaler, H.T.(1984).”Height, weight and mortality – The Norwegian experience”. *Acta Medica Scandinavia* (Suppl. 679).
- World Health Organization.(1999). Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer: *ICD – 10 Psykiske lidelser og adferds -forstyrrelser*. Oslo: Universitetsforlaget
- Www//hpp: MHO Mental Health Foundation
- Www//hpp: Norske Helsefremmende sykehus

Vedlegg 1: Registreringsskjema: "DPS – livsstil og helse"

[illegible][illegible]

**Person-
nummer**

--	--	--	--	--	--

 ,

--	--	--	--	--	--

Kjønn ☐ Kvinne ☐ Mann

Pasienten er ekskludert på grunn av:

- ☐ Ønsker ikke å delta
- ☐ Vurdert manglende samtykkekompetanse grunnet:
 - ☐ Alder under 18 år
 - ☐ Ruspåvirket
 - ☐ Psykotisk
- ☐ Språkbarrierer
- ☐ Redusert autonomi (inkl. i tvungen psykisk helsevern)
- ☐ Andre

Ekskludert av:

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Behandler |
| <input type="checkbox"/> | Intervjuer |
| <input type="checkbox"/> | Prosjektleder/daglig ansvarlig |

Løpenummer «Und2»

Avdeling:

- ☐ Døgnavdeling
 - ☐ Poliklinikk

Skriv eventuelle andre viktige kommentarer:

Diagnose

[illegible]

Område	Spørsmål/undersøkelse	Vurdering/beregning	Identifikasjon av risikopasienten	Informasjon
Underernæring	Høyde: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm	BMI < 20,5 kg/m²	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Pasienten er i risiko dersom det er svart ja på minst et av punktene Husk at overvektige pasienter godt kan være i aktuell risiko for underernæring Grad 3: Alvorlig hodeskade, over 50 % brannskade, alvorlig akutt pankreatitt, sepsis eller behov for behandling på intensiv
	Vekt: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> Kg	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
	Har du gått ned i vekt i løpet av de siste tre månedene?			
	Har du spist mindre enn du pleier den siste uken?			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Er pasienten stressmetabol grad 3? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Overvekt		BMI > 25 kg/m²	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Pasienten er i risiko dersom det er svart ja på bare et av punktene (Bruk vekt og høyde fra underernæring)
	Livvidde: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm	>80 cm (K) / >94 cm (M) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Fysisk aktivitet	Har du vært fysisk aktiv < ½ time daglig (den siste måneden)?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Fysisk aktivitet: Sum av daglig aktivitet med puls-stigning (arbeid eller fritid)
Røyking	Røyker du daglig?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Pasienter som helt nylig har sluttet å røyke er ikke daglige røykere
Alkohol	Hvor mange dager i uken har du drukket alkohol (den siste måneden)?	Ukentlig forbruk: > 14 enheter (kvinner) > 21 enheter (menn)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Ukentlig forbruk: Dager x enheter 1 enhet : 1 flaske pils/øl (33cl) 1 glas vin (12 cl) 1 dobbelt konjakk, dram, whisky (4 cl)
	0 1 2 3 4 5 6 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	Hvor mange enheter drikker du vanligvis på en dag du drikker alkohol? <input type="text"/> <input type="text"/> Antall enheter			

Supplerende om alkohol	Spørsmål/undersøkelse	Beregning	Informasjon
	Ukentlig forbruk: > 9 (K) og 14 (M)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<i>(Bruk informasjonen om ukentlig forbruk fra forrige spørsmål om alkohol)</i>
	Hvor ofte har du drukket 5 enheter alkohol eller mer den siste måneden? <input type="text"/> <input type="text"/> Antall dager		
Audit-C	Hvor ofte har du drukket alkohol det siste året?	<div> Positiv test ved ≥ 3 (K) og 4 (M) </div> <div> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei </div> <div> Sum: <input type="text"/> <input type="text"/> </div>	<i>Summen av poeng fra alle tre spørsmål gir resultatet</i>
	<input type="checkbox"/> Aldri 0		
	<input type="checkbox"/> 1 gang i måneden eller mindre 1		
	<input type="checkbox"/> 2-4 ganger i måneden 2		
	<input type="checkbox"/> 2-3 ganger i uken 3		
	<input type="checkbox"/> 4 eller flere ganger i uken 4		
	Hvor mange enheter drakk du vanligvis en dag du drakk alkohol det siste året?		
	<input type="checkbox"/> Ingen, jeg drikker ikke 0		
	<input type="checkbox"/> 1-2 enheter 0		
	<input type="checkbox"/> 3-4 enheter 1		
<input type="checkbox"/> 5-6 enheter 2			
<input type="checkbox"/> 7-9 enheter 3			
<input type="checkbox"/> 10 eller flere enheter 4			
Hvor ofte har du drukket 6 enheter eller mer det siste året?			
<input type="checkbox"/> Aldri 0			
<input type="checkbox"/> Mindre enn 1 gang om måneden 1			
<input type="checkbox"/> Månedlig 2			
<input type="checkbox"/> Ukentlig 3			
<input type="checkbox"/> Daglig eller nesten daglig 4			

Vedlegg 2

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Livsstil og helse blant pasienter i et DPS”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie, som skal kartlegge behovet for forebygging og helsefremmende arbeid på et distriktpsikiatrisk senter. Vi trenger denne kunnskapen for å utvikle bedre tilbud til pasienter, som har behov for hjelp til å endre livsstil i forbindelse med sin sykdom. Ny forskning viser, at vi får bedre resultater på sykehuset, hvis vi samtidig gir helsefremmende tilbud.

Flere sykehus i Helse Vest arbeider med å utvikle integrert helse og livsstil strategi. Som pasient på et av disse sykehusene kan du gi viktig informasjon i forhold til dette arbeidet. Helse Stavanger HF er ansvarlig for undersøkelsen. Sverre Nesvåg (forskningsleder) er prosjektleder og har ansvaret for prosjektet. Møyfrid Løvbrekke (sykepleier / dps- leder) er daglig ansvarlig.

Hva innebærer studien?

For å kunne delta må du være innlagt på vårt dps eller være pasient ved et av våre polikliniske tilbud. Undersøkelsen gjennomføres ved at en ansatt stiller deg noen spørsmål som omhandler din livsstil i forhold til underernæring, røykevaner, overvekt, fysisk aktivitetsnivå og alkoholforbruk. Dersom du ikke vet nøyaktig hvor høy du er, eller hvor mye du veier, ber vi om at den som intervjuer deg får veie deg og måle høyden din. I tillegg ber vi om at de får måle livvidden med målband.

Vi ønsker å innhente opplysninger fra din journal for å se hvilke diagnose du har fått. Dette vil bli gjort av daglig ansvarlig for prosjektet, Møyfrid Løvbrekke dps- leder. Denne diagnosen kobles opp mot de opplysninger ansatte har samlet inn.

Omkring 150 pasienter fra Dalane dps blir spurt om å delta i undersøkelsen. To ansatte registrerer opplysninger i et eget skjema.

Ved deltagelse i undersøkelsen er du dekket av pasientskadeerstatningen.

Dersom du ikke ønsker å delta, har du full anledning til å si nei, uten at det får konsekvenser for din pågående eller fremtidige behandling.

Mulige fordeler og ulemper

Undersøkelsen vil ikke påføre deg smerte eller annet vesentlig ubehag. Hele undersøkelsen inkludert spørsmål tar ca 10 – 15 minutter.

Selv om det kommer frem informasjon om din livsstil, som kan påvirke behandlingen din, vil det ikke på dette tidspunktet bli tilbudt rådgivning eller annen hjelp utover det Dalane DPS allerede tilbyr i dag. Dette tilbudet skal utvikles senere, blant annet basert på opplysninger du avgir, og dette kan derfor komme andre til nytte i fremtiden.

Hva skjer med prøvene og informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Den blir derfor ikke ført inn i din journal. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Det er kun autorisert personell (prosjektleder og daglig ansvarlig) knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Identifiserbare data blir slettet innen 1. juli 2010. Navnelisten oppbevares atskilt og avlåst fra øvrige data. Navnelisten slettes etter prosjektslutt, og senest innen mai 2014.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien, og dataene vil da bli slettet. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte

Daglig ansvarlig

Møyfrid Løvbrekke
Telefon 05121
E. mail: mlo@sus.no
Universitetssykehuset i Stavanger
Helse Stavanger HF
Postboks 8100
4068 Stavanger

Økonomiske interesser.

Prosjektleder har ingen økonomiske interesser eller interessekonflikter i forhold til undersøkelsen.

Vennlig hilsen

Møyfrid Løvbrekke
Dagligansvarlig
Sykepleier / Dps – leder

Sverre Nesvåg
Prosjektleder
Forskningsleder



UNIVERSITETET I BERGEN

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest)

Sverre Nesvåg

ness@sus.no

Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning (Korfor)

4068 Stavanger

Kopi:

Forskningsansvarlig: post@uis.no

Vår ref

2009/2184

Dato

10.12.09

Ad. prosjekt: DPS - livsstil og helse (2009/2184)

Det vises til din søknad datert 09.11.09.

Komiteen behandlet søknaden i møte 26.11.09.

Ingrid Mällberg, som er medlem av en referansegruppe for Korfor, fratrådte under komitébehandlingen.

Forskningsansvarlig for prosjektet er Universitetet i Stavanger. REK Vest forutsetter at dette vedtaket blir forelagt den forskningsansvarlige til orientering. Se helseforskningsloven § 6, jfr. § 4 bokstav e.

Denne søknaden er en omarbeidet versjon av tidligere innsendte søknader i REK, jfr. sak nr. 2009/841 og sak 2009/1702 som begge ble avslått.

Formålet med prosjektet er å kartlegge forekomst av pasienter med helseskadelig livsstil i et distriktspsykiatrisk senter.

Prosjektleder har i denne søknaden tatt hensyn til alle innvendingene som komiteen hadde til de tidligere innsendte søknadene på en grundig måte. Komiteen har derfor ingen videre merknader til prosjektet og er glad for at prosjektet nå har fått en akseptabel form.

Noen mindre feil/unøyaktigheter i informasjonsskrivet bes korrigert – se vedlegg.

Postadresse:

REK Vest

Postboks 7804

5020 Bergen

E-post: rek_vest@uib.no

Hjemmeside:

<http://helseforskning.etikkom.no/xnet/public>

Org no. 874 789 542

Regional komité for medisinsk
og helsefaglig forskningsetikk,
Vest-Norge

Telefon 55 97 84 97 / 98 / 99

Besøksadresse:

2. etasje, sentralblokken,

Haukeland universitetssykehus

Vedlegg, Sak: 2009/2184

Korreksjon av informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Som hovedregel kreves det samtykke fra deltakere i medisinsk og helsefaglig forskning. Samtykket skal være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart. Det er derfor sentralt at informasjonsskrivet fremstår som tydelig og konsist for deltakeren, og at deltakeren ikke blir utsatt for utilbørlig press.

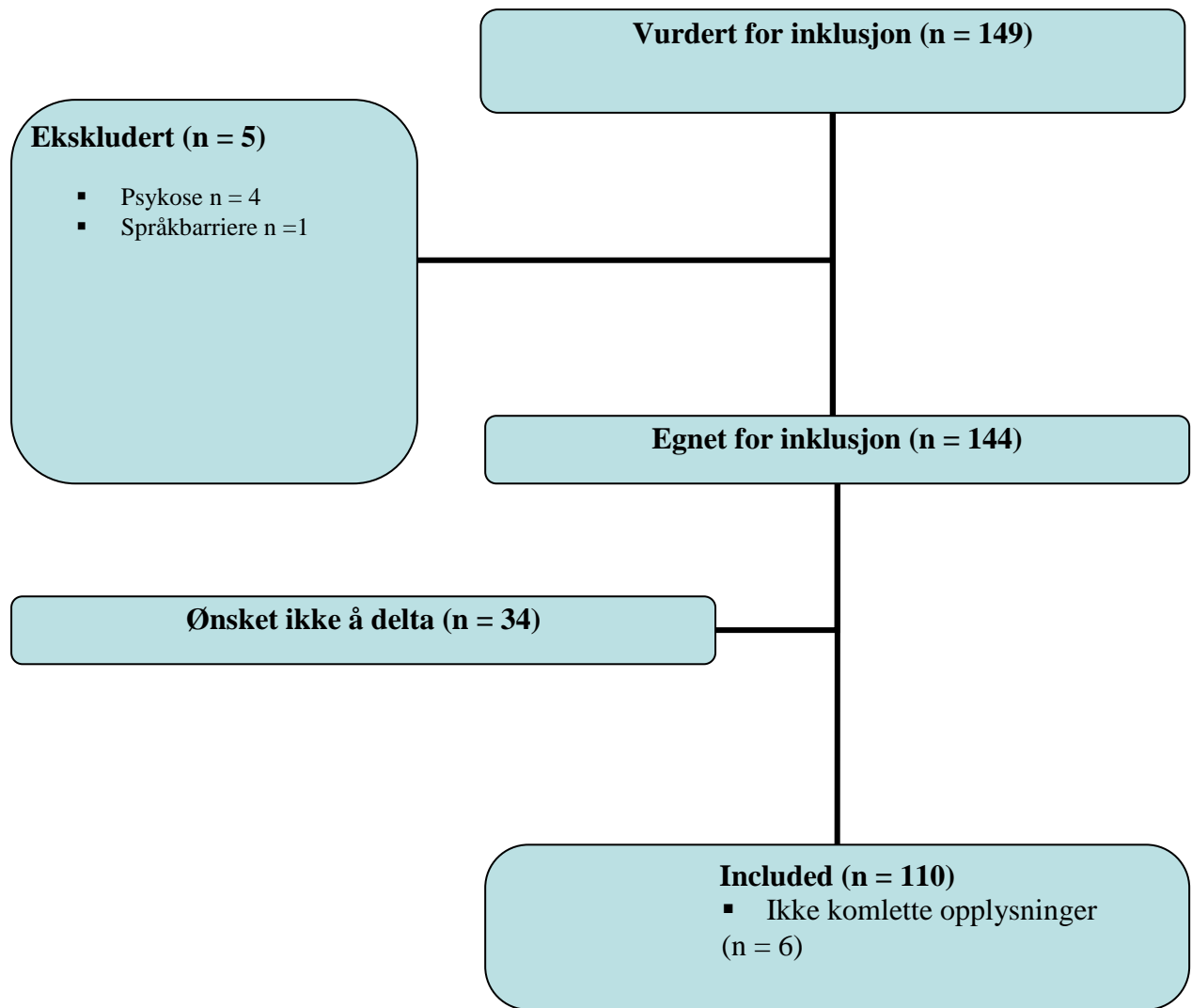
Mal til informasjonsskriv finnes på: <http://helseforskning.etikkom.no/xnet/project>
Denne kan benyttes så langt det passer.

Prosjektet er godkjent/godkjent på vilkår, men vi forventer at følgende endring(er) foretas i informasjonsskrivet og/eller samtykkeerklæringen:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Informasjonsskrivet må utformes som en forespørsel, gjerne i overskriften. |
| <input type="checkbox"/> | Informasjonsskrivet bør starte med å forklare hvorfor mottaker blir spurt om å delta. |
| <input type="checkbox"/> | Informasjonsskrivet bør kortes ned. |
| <input type="checkbox"/> | Teksten må språkvaskes. |
| <input type="checkbox"/> | Det må være samsvar mellom tittel på prosjektet i prosjektsøknad og i informasjonsskriv |
| <input type="checkbox"/> | Erstatt begrepet "anonym" med "avidentifisert" eller "konfidensielt". |
| <input type="checkbox"/> | Unngå unødvendige eller tekniske detaljer om forskningsprosjektet. |
| <input type="checkbox"/> | Forklar fremmedord. |
| <input type="checkbox"/> | Unngå egosentrisk fokus (jeg, meg, mitt). |
| <input type="checkbox"/> | Unngå appellerende eller overtalende formuleringer, for eksempel "kjære deltaker", "du inviteres til å delta". |
| <input type="checkbox"/> | Det skal stå i klartekst at det er frivillig å delta i prosjektet. |
| <input type="checkbox"/> | Bruk <i>godkjent</i> av REK istedenfor <i>tilrådd/klarert</i> . |
| <input type="checkbox"/> | Oppgi hvordan kontaktperson kan kontaktes (gjerne telefonnummer). |
| <input type="checkbox"/> | Presentasjon av kontaktperson/forskere bør komme til slutt i skrivet. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Den ansvarlige institusjonens logo må fremkomme. |
| <input type="checkbox"/> | Komiteen navn må skrives rett. |
| <input type="checkbox"/> | Samtykkeerklæringen må stå på egen side slik at deltaker kan beholde et eksemplar av informasjonsskrivet. |
| <input type="checkbox"/> | I samtykkeerklæringen må alternativet "Ikke villig til å delta" strykes. |
| <input type="checkbox"/> | Det mangler informasjon om når prøvene destrueres og opplysningene slettes |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Annet:
Deltakerne må informeres om at man har rett til å få slettet data dersom man trekker seg. |

Bergen, 10.12.09.

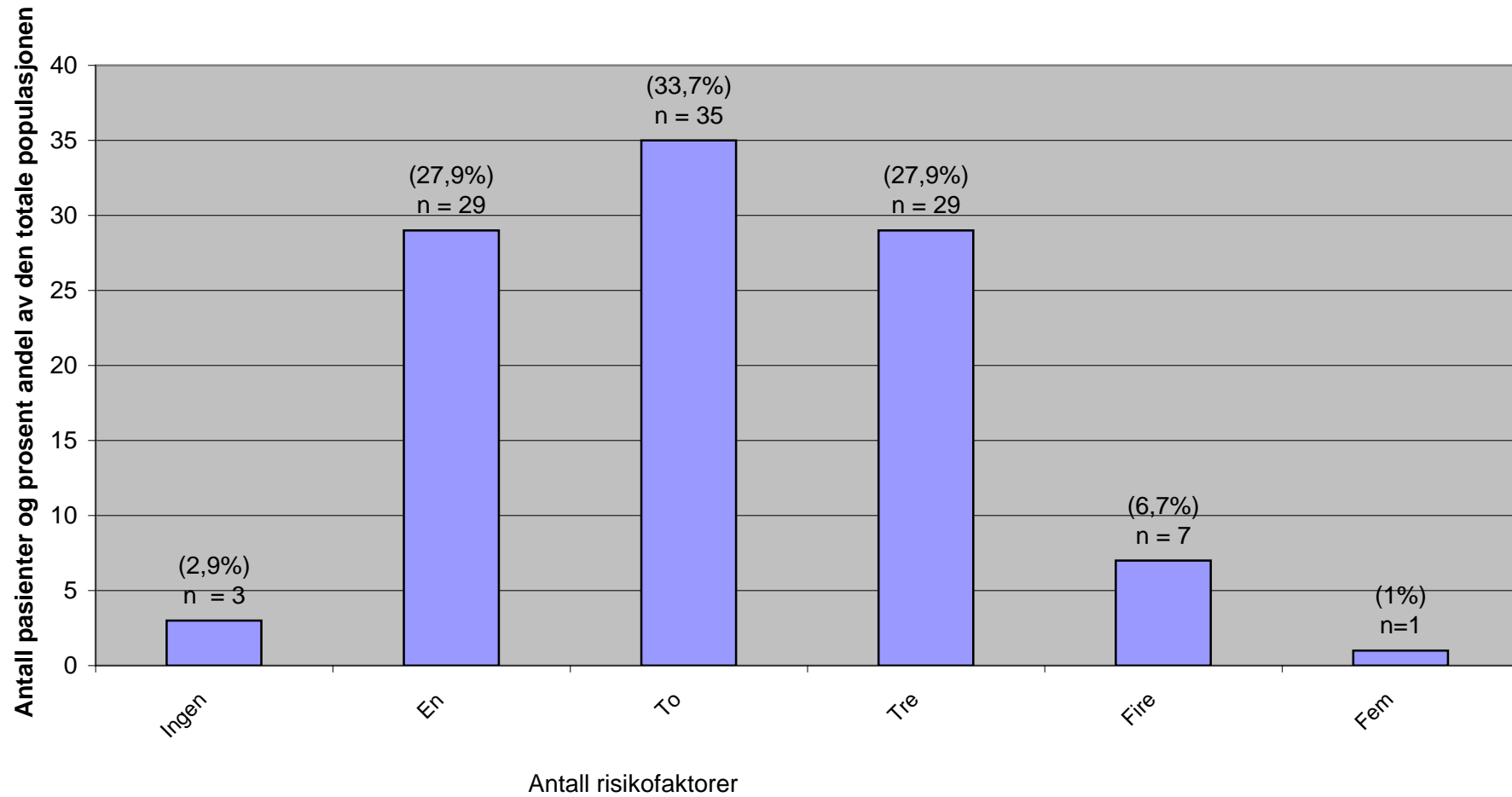
Vedlegg 4



Figur 2: Studieprofil

Vedlegg 5

Figure 3: Frekvens av pasienter med en, to, tre, fire og fem risikofaktorer (n = 104)



Vedlegg 6.

Tabell 1. Frekvenser av helsedeterminanter

	Alle pasienter	Kvinner	Menn
Risiko for underernæring (n = 107)	58,9 %	68.2 %	43.9 %
Overvekt (n = 106)	70,8 %	71,2 %	70,0 %
Fysisk inaktivitet (n = 110)	40,9 %	44,9 %	34,14 %
Daglig røyking	42,7 %	34,7 %	56.1 %
Over 14/21 alkoholenheter i uken (n = 109)	2.8 %	2.9 %	2,5 %